



ЕВРОПА

Интегрирование ИППП/ИРТ в Репродуктивное Здоровье

Инфекции, передаваемые половым путем и иные инфекции репродуктивного тракта

Руководство по основам медицинской практики



Фонд Организации
Объединенных Наций
в области народонаселения



Репродуктивное здоровье и исследования
Всемирная Организация
Здравоохранения, Женева

Интегрирование ИППП/ИРТ в Репродуктивное Здоровье

**Инфекции, передаваемые половым путем и
иные инфекции репродуктивного тракта**

Руководство по основам медицинской практики

ISBN (Классификация NLM:)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.**

Авторские права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения можно получить в отделе маркетинга и рассылки по адресу: WHO 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 2476; факс: +41 22 791 4857; адрес электронной почты: bookorders@who.int). Желающим воспроизвести или перевести публикации ВОЗ с целью их продажи или бесплатного распространения рекомендуется обращаться для получения разрешений в Отдел публикаций по вышеуказанному адресу либо по факсимильной или электронной связи (факс: +41 22 791 4806; адрес электронной почты: permissions@who.int). Печатные материалы по репродуктивному здоровью можно также получить в Отделе по вопросам охраны репродуктивного здоровья и научным исследованиям (тел.: +41 22 791 4447; факс: +41 22 791 4189; адрес электронной почты: rhrrpublications@who.int).

Используемые обозначения, а также представленный материал в настоящей публикации не обязательно отражают мнение Всемирной организации здравоохранения в отношении юридического статуса той или иной страны, территории, города или области.

Упоминание в тексте конкретных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они особо отмечаются или рекомендуются Всемирной организацией здравоохранения как более предпочтительные по сравнению с другими подобными организациями или продуктами, которые не упоминаются. С целью исключения ошибок и пропусков, наименования патентованной продукции выделяются с помощью начальных заглавных букв.

Всемирная организация здравоохранения постаралась убедиться в достоверности опубликованных материалов насколько это возможно, однако информация, содержащаяся в настоящей публикации не подразумевает никакой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование этих материалов несет читатель. Всемирная организация здравоохранения не несет ответственности за те или иные негативные последствия, которые могут возникнуть в результате использования этой публикации.

Набрано и напечатано в

ОТ АВТОРОВ

Данное руководство являющееся итогом совместных усилий Отдела ВОЗ по вопросам охраны репродуктивного здоровья и научным исследованиям, организаций Family Health International (FHI) и Frontiers in Reproductive Health при Совете по проблемам народонаселения (Population Council). В основе публикации лежит труд многих специалистов, принявших активное участие в обсуждении, анализе и изложении материала. ВОЗ выражает признательность членам технического совета в составе:

Dinesh Agarwal, Kamal Alami, Lalit Kumar Bhutani, Ward Cates, Anupong Chitwarakorn, Patricia Clayes, Gina Dallabetta, Patricia J. Garcia, David Grimes, Sarah Hawkes, Marie Laga, Gunta Lazdane, Philippe Mayaud, Andre Meheus, Linda Morison, Charles Morrison, Telma Queiroz, Laima Rudze, Moshira El-Shafei, Guida Silva, Jim Shelton, Marleen Temmerman, Johannes van Dam, Teodora Elvira Wi и Guang Zeng;

Richard Steen (консультант), Nathalie Broutet (ВОЗ) и Irina Yacobson (FHI) составляли основную группу по написанию текста Руководства и возглавляли технический совет.

Ian Askew (Frontiers/Population Council), Nathalie Broutet (ВОЗ), Florence Carayon (FHI), Saiqa Mullick (Frontiers/Population Council) и Robert Rice (FHI) координировали работу по написанию данного Руководства.



Всемирная организация здравоохранения выражает благодарность сотрудникам, принимавшим участие в тестировании Руководства в Бразилии, Китае, Ямайке, Кении и Латвии.

Средства на финансирование настоящей публикации были предоставлены организации Family Health International в соответствии с Соглашением об исследованиях в области контрацептивных технологий 96-05 CCP-A-00-95-00022-02 и организации FRONTIERS в соответствии с Соглашением об ответственности в области репродуктивного здоровья HRN-A-00-98-00012-00, Советом по народонаселению Агентства США по международному развитию (USAID). Содержание публикации необязательно отражает взгляды и политику FHI, Совета по народонаселению и USAID.

СОДЕРЖАНИЕ

Список используемых сокращений и обозначений.....	1
Введение	3
О руководстве	4
Терминология.....	5
Структура руководства	5
20 шагов на пути к снижению заболеваемости ИППП/ИРО	6
РАЗДЕЛ 1 ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ИППП/ИРО.....	9
Глава 1. Инфекции репродуктивных органов у мужчин и женщин и их последствия.....	11
Что такое ИРО?.....	12
Почему проблема заболеваемости ИППП/ИРО приобретает все большую актуальность?.....	14
Меры, которые можно предпринять для предотвращения ИРО	18
Роль медицинских служб в снижении уровня заболеваемости ИППП/ИРО... ..	20
Глава 2. Профилактика ИППП/ИРО и их осложнений.....	23
Пути предупреждения ИППП.....	24
Пути предупреждения инфицирования ятрогенным путем	29
Пути предупреждения развития эндогенных инфекций.....	32
Глава 3. выявление случаев ИППП/ИРО	33
Сифилис	37
Вагинальные инфекции.....	39
Цервикальные инфекции.....	40
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ).....	42
Обследование на наличие рака шейки матки	42
Консультирование и тестирование на наличие ВИЧ-инфекции.....	43
Глава 4. Просвещение и консультирование пациентов по вопросам профилактики и лечению ИППП/ИРО	45
Соблюдение врачебной тайны и конфиденциальность.....	47
Основные навыки ведения консультативно-просветительской работы по вопросам ИППП/ИРО	47
Санитарное просвещение.....	48
Консультирование.....	51

РАЗДЕЛ 2 ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА УСЛУГ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИППП/ИРО	57
Глава 5. Улучшение использования профилактических и медицинских услуг в области ИППП/ИРО	59
Устранение препятствий к получению медицинских услуг	60
Повышение осведомленности и побуждение населения к использованию медицинских услуг	61
Охват групп населения, обычно не пользующихся услугами учреждений по охране репродуктивного здоровья.....	62
Глава 6. Оценка ИППП/ИРО у пациентов, обращающихся по вопросам планирования семьи	67
Интегрирование оценки ИППП/ИРО в повседневную практику приема пациентов по вопросам планирования семьи.....	68
Методы планирования семьи и защиты от ИППП/ИРО	76
Глава 7. Оценка риска ИППП/ИРО в период беременности, во время родов и в послеродовой период	81
РАЗДЕЛ 3 ВЕДЕНИЕ ИППП/ИРО	95
Глава 8. Ведение симптоматических ИППП/ИРО.....	97
Синдромный подход к лечению ИППП/ИРО	98
Ведение наиболее распространенных синдромов	99
Ведение случаев ИППП и профилактика распространения инфекции	120
Глава 9. Осложнения ИППП/ИРО, возникающие во время беременности, в связи с самопроизвольным выкидышем, абортom и в послеродовом периоде	127
Инфекция в первой половине беременности.....	128
Инфекция во второй половине беременности	131
Послеродовая инфекция	133
Влагалищные выделения во время беременности и в послеродовом периоде	136
Глава 10. Сексуальное насилие	139
Вопросы оказания медицинской и другой помощи жертвам сексуального насилия	141

Приложения	151
Приложение №1 Клинические навыки по ведению ИППП/ИРО.....	153
Сбор анамнеза	153
Типичная симптоматика ИППП/ИРО.....	154
Обследование пациентов.....	155
Приложение №2. Дезинфекция и универсальные меры предосторожности	161
Профилактика инфекции в условиях клиники	161
Дезинфекция высокого уровня: три ступени	162
Универсальные меры предосторожности	163
Приложение 3. Лабораторная диагностика ИРО	165
Интерпретация результатов анализа на сифилис	166
Клинические критерии диагностики бактериального вагиноза.....	167
Микроскопия нативных препаратов.....	168
Микроскопия влагалищных мазков, окрашенных по Граму	168
Микроскопия цервикальных мазков, окрашенных по Граму	169
Приложение 4. Медикаментозное лечение	171
Медикаментозное лечение в период беременности	171
Антибиотикотерапия гонореи	174
Приложение №5. Справочная таблица – ИППП/ИРО	175
Приложение 6. Дополнительная литература	179
Словарь	181

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

БВ	Бактериальный вагиноз
ВЗОМТ	Воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека (HIV)
ВМС	Внутриматочная спираль
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПГ	Вирус простого герпеса (HSV)
ВПЧ	Вирус папилломы человека (HPV)
ДКТ	Добровольное консультирование и тестирование
ДМ	Дрожжевой микоз
ИД	Интенсивная дезинфекция
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ИРО	Инфекции репродуктивных органов
КМП	Критерий медицинской приемлемости
МВП	Мочевыводящие пути
МПР	Микрореакция преципитации
ПМР	Передача инфекции от матери к ребенку
ПРПП	Преждевременный разрыв плодного пузыря
ПС	Планирование семьи
РВА	Ручная вакуум-аспирация
РПП	Разрыв плодного пузыря
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТВ	Трихомониаз
ТЭК	Таблетки экстренной контрацепции
ЭК	Экстренная контрацепция
Эндо	Эндогенный
ЭП	Экстренная профилактика
Ятро	Ятрогенный

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее *руководство* адресовано руководителям служб здравоохранения и практикующим врачам различных регионов мира, работающим в медицинских учреждениях по охране репродуктивного здоровья в условиях ограниченных ресурсов и оказывающих помощь лицам, подверженным риску заражения инфекциями репродуктивных органов.

Предполагается, что читатели данного руководства владеют определенными клиническими знаниями по назначению лекарственных средств в соответствующих дозировках, но в то же время, возможно, не имеют опыта ведения инфекций, передаваемых половым путем и инфекций репродуктивных органов.

В подготовку этого *руководства* было вовлечено значительное число международных экспертов, которые, изучив и обсудив различные аспекты данной работы, предложили рекомендации, построенные на базе убедительных доказательных фактов, признанных наиболее благоприятными показателями эффективной деятельности по охране здоровья населения. К тому же, до опубликования, руководство было тщательно проанализировано врачами и руководителями программ в ряде стран, а также апробировано на практике в таких странах как, Бразилия, Китай, Кения, Ямайка и Латвия.

В качестве приложения к настоящему руководству подготовлено еще два пособия:

- *Краткий справочник по основам медицинской практики «Инфекции, передаваемые половым путем и иные инфекции репродуктивных органов».* В публикации компактного формата, в сжатой форме приведена основная информация, что позволяет быстро находить справки по схемам и таблицам лечения и другим консультационным вопросам. Краткий справочник может использоваться сотрудниками медицинских учреждений в их повседневной работе со своими пациентами, а также может служить в качестве практического пособия.
- *Справочное пособие по лечению инфекций, передаваемых половым путем.* Эта публикация представляет собой пересмотренное и исправленное издание рекомендаций, как по применению синдромного подхода по ведению пациентов с симптомами ИППП, так и по методам этиологического лечения ИППП, основанных на докозательствах и данных эпидемиологических наблюдений из мировой практики. В издании также содержится информация о путях уведомления и ведения половых партнеров, инфицированных пациентов и об ИППП у детей и подростков.

О РУКОВОДСТВЕ

Данное руководство предназначено для применения в медицинских учреждениях, занимающихся проблемами репродуктивного здоровья (центры планирования семьи, клиники по охране здоровья матери и ребенка) и сфокусировано на женщинах как «традиционных» пациентах такого рода учреждений. В отличие от мужчин, женщины, у которых ИППП нередко протекают асимптомно, обычно не обращаются со своими проблемами в ИППП клиники, и визит в консультативно-медицинские центры по вопросам репродуктивного здоровья может стать их единственным контактом с системой здравоохранения. Вместе с тем, мужчины и подростки также должны постоянно находиться в поле зрения врачей ввиду необходимости вовлечения этих групп населения в комплекс мероприятий по профилактике и своевременному лечению ИППП/ИРО для достижения удовлетворительных показателей состояния здоровья населения в целом.

Следует отметить, что в настоящем пособии не дается подробного освещения проблем ВИЧ, но там, где это необходимо, на ВИЧ-инфекцию делаются ссылки. Это связано с тем, что хотя по своей сути этот вирус является ИППП, тем не менее, его нельзя считать инфекцией репродуктивных органов. В качестве другого примера ИППП, которые не относятся к ИРО, можно назвать гепатиты «В» и «С», также не являющиеся объектом рассмотрения в данном Руководстве. Более подробная информация о ВИЧ-инфекции представлена в Приложении № 5 (Дополнительные источники информации и рекомендуемая литература), и на веб-странице ВОЗ по адресу <http://www.who.int/HIV/>

Этот документ ориентирован на то, чтобы служить справочным руководством, источником приобретения новых знаний и повышения профессионального уровня медицинских работников, а также средством напоминания им о необходимости уделять должное внимание вопросам ИППП/ИРО при предоставлении других услуг в области охраны репродуктивного здоровья. В нем содержатся рекомендации по мерам профилактики и оказанию практической помощи пациентам, которые подвергаются или могут подвергнуться риску заражения инфекциями репродуктивных органов. Руководство может быть использовано в качестве учебного пособия в медицинских институтах или для курсов повышения квалификации как источник новейших рекомендаций, основанных на доказательствах ; а также как инструмент самообразования для тех работников здравоохранения, которые заняты поиском новой или более точной информации о методах профилактики, лечения и диагностики ИРО.

Руководители программ могут использовать пособие как отправную точку для совершенствования установок, планов и курсов обучения в области предупреждения и лечения ИППП/ИРО, адаптируя содержащиеся в нем сведения и рекомендации с учетом конкретных местных условий.

В данном руководстве информация сгруппирована по «причинам визита» пациентов. Медицинские работники должны стараться не упускать из виду возможность наличия у пациентов подобных инфекций, просвещать и консультировать о мерах их предупреждения, а в случае необходимости предлагать соответствующее лечение. Медицинские работники могут пользоваться всем пособием или сосредоточиться только на тех его разделах, которые имеют непосредственное отношение к их ежедневной практической деятельности.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Не все инфекции, передаваемые половым путем, являются инфекциями репродуктивных органов, и не все инфекции репродуктивных органов являются инфекциями, передаваемыми половым путем. В то время как термин ИППП отражает способ инфицирования, понятие ИРО определяет изначальное место локализации инфекционного процесса.

Термин «инфекция репродуктивных органов» является более широким понятием и включает в себя и инфекции, передаваемые половым путем, и иные инфекции репродуктивных органов, которые не передаются при половом контакте. С другой стороны, учитывая тот факт, что ИППП, по сравнению с другими ИРО, зачастую имеют гораздо более серьезные последствия для здоровья, во всем тексте Руководства намеренно используется двойной термин ИППП/ИРО с тем, чтобы подчеркнуть особую значимость ИППП среди прочих инфекций репродуктивных органов. В тех же случаях, когда речь идет только об инфекциях, передаваемых половым путем, термин ИППП употребляется отдельно.

СТРУКТУРА РУКОВОДСТВА

Данное руководство состоит из трех разделов:

- **Раздел 1** содержит общие сведения о степени распространенности ИППП/ИРО и их осложнений, о путях их передачи и способах предотвращения. Представлена также информация из раздела общественного здравоохранения в отношении конкретных вопросов профилактики и лечения, которые подробно освещаются в Разделах 2 и 3, и дан обзор базовых профессиональных навыков и знаний, которыми должны владеть медицинские работники для выявления и предотвращения дальнейшего распространения ИППП/ИРО.
- **Раздел 2** описывает подходы к ИППП/ИРО в рамках оказания услуг по репродуктивному здоровью. Он содержит информацию по снижению степени риска, распознаванию инфекций и профилактике их осложнений во время плановых посещений пациентками клиник в период беременности и в послеродовой период, а также при обращении по вопросам планирования семьи. В разделе также рассматриваются некоторые проблемы, представляющие важность для мужчин и подростков, которые, как правило, не обращаются в медицинские центры по охране репродуктивного здоровья.
- **Раздел 3** посвящен вопросам ведения ИППП/ИРО – способам диагностирования и лечения связанных с ними проблем – на основе проблемно-ориентированного подхода, который позволяет оперативно получить доступ к необходимой информации. Здесь обсуждаются также конкретные проблемы, которые могут быть обнаружены при обращении пациентов для получения медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья.

В начале каждой главы дается краткое изложение содержащейся в ней информации и предлагаемых рекомендаций. Во всех разделах руководства в схематическом виде указаны важнейшие **этапы процесса принятия решения** с последующим их объяснением в тексте. В форме **схем и таблиц** представлена также и большая часть рекомендаций. Использование блок-схем нередко помогает упростить сложные проблемы и позволяет применять стандартизированный подход в вопросах ведения ИППП/ИРО. Однако **никакие блок-схемы не способны охватить все возможные клинические случаи**. Медицинские работники должны научиться распознавать ситуации, когда им надо отложить все блок-схемы и обратиться за помощью к более компетентным в этой области специалистам. Несмотря на то, что данное руководство может помочь врачам и консультантам эффективнее справляться с проблемами, связанными с ИППП/ИРО, умение понять, когда им следует искать помощь в другом месте, может прийти только с опытом.

20 ШАГОВ НА ПУТИ К СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП/ИРО

Шаг 1	Повышайте степень осведомленности ваших пациентов об ИППП/ИРО и их последствиях – бесплодие, выкидыши, материнская смертность и ВИЧ/СПИД.
Шаг 2	Создайте в вашей клинике такую обстановку, чтобы люди не испытывали дискомфорта, обращаясь к вам со своими проблемами, связанными с ИППП/ИРО.
Шаг 3	Расширяйте сферу охвата. Изыскивайте пути вовлечения мужчин в мероприятия по профилактике ИППП и обеспечьте, чтобы молодые люди были достаточно хорошо информированы о предоставляемых вами услугах и свободно ими пользовались. Стремитесь охватить наиболее уязвимые категории населения, что является одним из наиболее эффективных путей предотвращения распространения ИППП в сообществе.
Шаг 4	Обеспечивайте пациентов презервативами, убеждайте в необходимости их использования и рекомендуйте ограничение числа половых партнеров или отсрочивание начала половой жизни для минимизации риска заражения ИППП.
Шаг 5	Осуществляйте трансцервикальные процедуры с максимальной осторожностью во избежание ятрогенного инфицирования.
Шаг 6	Объясняйте женщинам, какие простые меры предосторожности они могут предпринять, чтобы обезопасить себя от эндогенных инфекций.
Шаг 7	Оценивайте риск заражения ИППП/ИРО, которому подвержен каждый пациент, чтобы предложить ему консультацию о способах предупреждения инфекции или лечение.
Шаг 8	Консультируйте по вопросам профилактики ИППП/ИРО и спрашивайте о наличии симптомов ИППП/ИРО при каждом визите по поводу планирования семьи или получения помощи в послеродовом периоде. Целенаправленно ищите симптомы ИППП/ИРО во время каждого осмотра, который вы производите по какому –то ни было поводу.
Шаг 9	Обследуйте пациентов на наличие сифилиса и не упускайте возможности обследовать их на наличие других ИППП/ИРО.
Шаг 10	Избегайте заранее относить пациентов к категории зараженных ИППП до окончательного установления диагноза.
Шаг 11	Проводите обучение всех своих пациентов по вопросам предупреждения ИППП/ИРО.
Шаг 12	Проводите разъяснительную работу среди пациентов с ИППП/ИРО о необходимости прохождения полного курса лечения и направления на лечение их половых партнеров.
Шаг 13	Совершенствуйте навыки консультирования пациентов на предмет изменения их поведения в сфере сексуальных отношений.
Шаг 14	Рекомендуйте пациентам пользоваться двойной защитой как для предупреждения заражения ИППП/ИРО, так и для предохранения от беременности.
Шаг 15	Рекомендуйте женщинам обращаться в медицинские учреждения уже на ранних стадиях беременности. Консультируйте их о мерах предупреждения ИППП/ИРО для повышения степени безопасности беременности.
Шаг 16	Обследуйте всех беременных на наличие сифилиса хотя бы раз в течение каждой беременности и примите все меры для того, чтобы женщины с положительной реакцией на наличие этой инфекции (а также их партнеры) прошли соответствующее лечение.

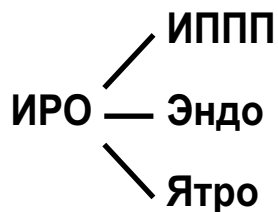
Шаг 17	Женщинам, подвергшимся изнасилованию, рекомендуйте неотложную контрацепцию и профилактическое лечение ИППП и при возможности, профилактику ВИЧ-инфекции.
Шаг 18	Осуществляйте ведение симптоматических ИППП/ИРО с помощью синдромных схем или, там где возможно, на основании лабораторно подтвержденного диагноза.
Шаг 19	Лечите половых партнеров в случаях, когда ИРО скорее всего является результатом полового контакта, но проявляйте осторожность при консультировании пациентов и их партнеров, если у вас нет полной уверенности в отношении пути заражения.
Шаг 20	Проводите своевременное и интенсивное лечение инфекционно-воспалительных заболеваний верхних половых путей – особенно если это касается инфекций, приобретенных после родов и абортов – во избежание угрозы для жизни женщины и ее детородной функции.

РАЗДЕЛ 1 ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ИППП/ИРО

Раздел 1 содержит вводную информацию об ИППП/ИРО и их осложнениях, путях распространения и мерах по их предотвращению. В нем также дается обзор знаний и навыков, которыми должны владеть медицинские работники для выявления случаев ИППП/ИРО и их профилактики.

Раздел 2 содержит рекомендации по ведению ИППП/ИРО в условиях клиник по охране репродуктивного здоровья. Здесь также обсуждаются пути охвата мужчин, подростков и других категорий населения, которые обычно не пользуются услугами вышеуказанных учреждений.

Раздел 3 посвящен вопросам ведения ИППП/ИРО – способам диагностики и лечения, включая блок-схемы и таблицы лечения. Материал раздела составлен на основе проблемно-ориентированного подхода, обеспечивающего быстрый доступ к нужной информации.



ГЛАВА 1. ИНФЕКЦИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

Основные положения

- Инфекции репродуктивных органов вызываются микроорганизмами, которые в норме находятся в половых органах или попадают в них извне в результате половых контактов или медицинских процедур. Для обозначения этих различных, хотя и частично пересекающихся категорий ИРО используются термины **эндогенные инфекции, инфекции, передаваемые половым путем** и **ятрогенные инфекции**, которые как раз и отражают, каким путем они могут быть приобретены и распространены.
- Ежегодно регистрируется свыше 340 миллионов излечимых и еще большее число неизлечимых случаев ИППП. Среди женщин ИРО, передаваемые неполовым путем встречаются еще чаще.
- ИППП/ИРО относятся к числу наиболее частых **причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности**. Серьезные осложнения ИППП/ИРО – внематочная беременность, воспаления органов малого таза, преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, мертворождение, врожденные инфекции – могут привести к тяжелым хроническим заболеваниям (таким, как бесплодие и рак половых органов) и смерти. Еще одним следствием ИППП/ИРО является возрастающий риск заражения ВИЧ/СПИДом.
- Для снижения бремени ИРО необходимы усилия не только со стороны медицинских учреждений, но и со стороны всего сообщества.
- Компетентная **профилактика и ведение каждого случая ИППП/ИРО** позволяет снизить бремя этих инфекций одновременно по нескольким направлениям. Эффективное лечение сокращает степень распространения ИППП среди населения, а соблюдение санитарных норм при проведении медицинских процедур ведет к уменьшению опасности ятрогенного заражения пациентов инфекциями.
- Для достижения большей эффективности профилактики инфекций и более активного использования пациентами соответствующих медицинских услуг необходимо проводить **просветительскую работу по вопросам личной гигиены и расширять охват наиболее уязвимых групп населения**, обеспечивая тем самым дальнейшее снижение уровня заболеваемости ИРО в обществе.

ЧТО ТАКОЕ ИРО?

Инфекции репродуктивных органов – это инфекции половых органов, которые поражают как женщин, так и мужчин. Некоторые виды ИРО (такие, как сифилис и гонорея) *передаются половым путем*, в то время как многие другие имеют иные пути распространения. У женщин, например, причиной ИРО (дрожжевого микоза, бактериального вагиноза) может явиться усиленный рост *эндогенных* микроорганизмов, в норме находящихся во влагалище. Медицинское вмешательство может спровоцировать *ятрогенную* инфекцию, причем это может произойти несколькими путями – эндогенные микроорганизмы из влагалища или возбудители болезней, передаваемых половым путем, находящиеся в шейке матки, могут быть занесены врачом в верхние отделы половых путей во время трансцервикальных процедур и вызвать серьезные заболевания матки, фаллопиевых труб и других органов малого таза. Кроме того, при отсутствии должного санитарно-гигиенического контроля во время медицинских процедур, микроорганизмы могут быть занесены в верхние отделы половых путей и из внешней среды. Для мужчин, гораздо более характерны инфекции, передаваемые половым путем, чем эндогенные и ятрогенные инфекции.

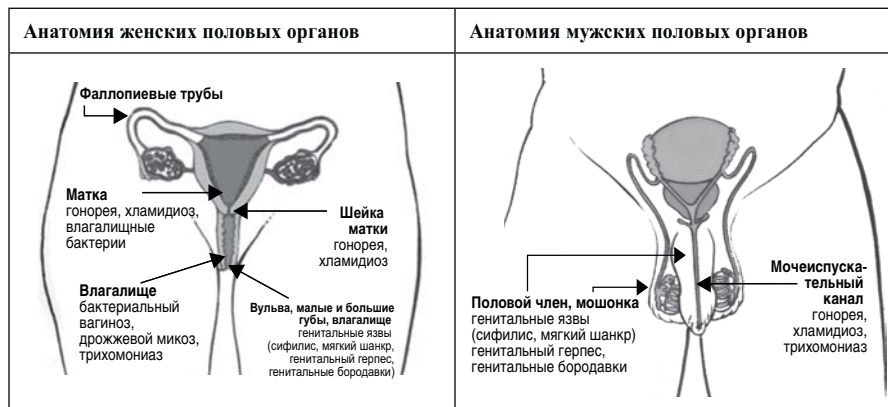
По ряду причин, которые изложены ниже, эти разные категории инфекций рассматриваются в рамках данного руководства в совокупности:

- Профилактика ИППП/ИРО и их осложнений требуют общего подхода при предоставлении медицинских услуг в области репродуктивного здоровья.
- Клинические проявления различных ИППП/ИРО отчасти совпадают, особенно у женщин. Их симптомы, отмечаемые пациентами, и даже клинические проявления, обнаруженные медицинскими работниками, нередко схожи, что делает затруднительным разграничение между ИРО, передаваемыми половым и неполовым путями.
- В медицинских учреждениях, оказывающих услуги по репродуктивному здоровью – таких, как родильные дома и консультации по планированию семьи – как правило, чаще встречаются пациенты с ИРО, передаваемыми неполовым путем, чем с ИППП. Для обеспечения надлежащего ухода и сведения к минимуму числа случаев «стигматизации» лиц с ИППП необходимы дифференцированные подходы в работе с каждым конкретным пациентом. Медицинские работники должны осознавать, что их предположение о заражении пациента инфекцией именно половым путем может быть ошибочным и иметь серьезные социальные последствия для данной супружеской пары.

Таблица 1. Типы ИППП/ИРО

	Источник заражения	Пути распространения	Типичные примеры
Эндогенные инфекции	Микроорганизмы в норме, находящиеся во влагалище	Обычно не передаются от человека к человеку, однако вследствие избыточного роста микроорганизмов могут быть обнаружены симптомы	Дрожжевая инфекция, бактериальный вагиноз
Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)	Половые партнеры, зараженные ИППП	Половой контакт с инфицированным партнером	Гонорея, хламидиоз, сифилис, мягкий шанкр, трихомониаз, генитальный герпес, генитальный папилломатоз, ВИЧ
Ятрогенные инфекции	Внутренние или внешние: <ul style="list-style-type: none"> ▪ эндогенные (влагалище) ▪ ИППП (шейка матки или влагалище) ▪ заражение извне 	Медицинские процедуры или осмотры, либо вмешательства во время беременности, родов или в послеродовой период. Инфекция может быть занесена через шейку матки в верхние отделы половых путей и вызвать серьезные заболевания матки, фаллопиевых труб и других органов малого таза. Инфекция может переноситься через зараженные иглы или другие инструменты (например, маточные зонды) при недостаточном уровне санитарно-гигиенического контроля.	Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) после перенесенных аборт или других трансцервикальных процедур. Многие инфекционные осложнения в период беременности и в послеродовой период.

Рис 1.1 Локализации инфекции



ПОЧЕМУ ПРОБЛЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП/ИРО ПРИОБРЕТАЕТ ВСЕ БОЛЬШУЮ АКТУАЛЬНОСТЬ?

ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИППП/ИРО

На долю ИППП/ИРО приходится значительная часть заболеваний среди населения во всем мире. По оценкам ВОЗ, в 1999 году было зарегистрировано более 340 миллионов новых случаев четырех видов излечимых ИППП (гонорея, хламидиоз, сифилис, трихомоноз). А с учетом вирусных ИППП, вызываемых такими, как вирус папилломы человека (ПВЧ), вирус простого герпеса (ВПГ) и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), количество новых случаев заболеваний может оказаться в три раза выше. Среди женщин еще более распространенным являются ИРО, передаваемые неполовым путем.

Блок 1.1. Районы распространения ИППП/ИРО

ИППП/ИРО широко распространены во всем мире, но в некоторых регионах эта проблема стоит особенно остро. На пути передачи и степень их распространенности (насколько часто они встречаются) оказывают влияние социальные и экономические факторы, а также биологические особенности и модели поведения, характерные для тех или иных социальных групп. Уровень заболеваемости ИППП/ИРО сильно варьирует от региона к региону и от сообщества к сообществу. Причем там, где отмечается высокий уровень заболеваемости ИППП/ИРО, также широко распространены и их осложнения.

- Такие ИППП, как сифилис, гонорея, мягкий шанкр, быстрее всего распространяются в регионах, где царит разруха, широко используется труд мигрантов и процветает коммерческий секс.
- Ятрогенные инфекции в большей степени характерны для тех мест, где зарегистрирован высокий уровень ИППП и где медицинские работники не имеют достаточной квалификации или средств, для безопасного проведения медицинских процедур. Послеродовая и послеабортная инфекции чаще всего встречаются там, где отсутствует возможность получения качественных медицинских услуг и дальнейшего наблюдения.
- Эндогенные инфекции, такие, как дрожжевой микоз и бактериальный вагиноз, распространены по всему миру и могут быть обусловлены экологическими, санитарно-гигиеническими, гормональными и другими факторами.

ВАЖНОСТЬ РАЗЛИЧИЙ МЕЖДУ ИППП/ИРО

В таблице 1.2 приводятся типичные синдромы, вызываемые инфекциями, которые преимущественно поражают репродуктивные органы человека. Некоторые из них передаются половым путем, другие распространяются иначе. Одни легко поддаются лечению антибиотиками или иными препаратами, в то время как другие неизлечимы. Понимание таких различий очень важно для обеспечения эффективной терапии и предоставления полноценных консультаций пациенту, страдающему заболеванием репродуктивных органов. В данную таблицу не включены такие ИППП, как ВИЧ и гепатит В, в силу того что они не связаны напрямую с каким-либо из нижеперечисленных синдромов.

Таблица 1.2. Наиболее типичные синдромы ИППП/ИРО

Синдром	ИППП/ИРО	Возбудители заболеваний	Тип	Передаваемые половым путем	Излечиваемость
Генитальные язвы	Сифилис	<i>Treponema pallidum</i>	Бактерия	да	да
	Мягкий шанкр	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Бактерия	да	да
	Герпес	<i>Herpes simplex virus (HSV-2)</i>	Вирус	да	нет
	Паховая гранулема (донованоз)	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Бактерия	да	да
	Лимфогранулема венерическая	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Бактерия	да	да
Выделения	Бактериальный вагиноз	Различные	Бактерия	нет	да
	Молочница (дрожжевой микоз)	<i>Candida albicans</i>	Грибок	нет	да
	Гонорея	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Бактерия	да	да
	Хламидиоз	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Бактерия	да	да
	Трихомоноз	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Протозоа	да	да
Другие синдромы	Генитальные бородавки	<i>Human papilloma virus (ПВЧ)</i>	Вирус	да	нет
	Чесотка	<i>Sarcoptes scabiei</i>	Клещ	да	да
	Лобковый педикулез	<i>Phthirus pubis</i>	Вши	да	да

ИППП/ИРО КАК ПРИЧИНА СЕРЬЕЗНЫХ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ

ИППП/ИРО могут иметь тяжелые последствия для репродуктивного здоровья и даже представлять угрозу для жизни. Они могут привести к воспалительным заболеваниям органов малого таза (ВЗОМТ), бесплодию (у мужчин и женщин), внематочной беременности, неблагоприятным исходам беременности, включая самопроизвольные выкидыши, рождение мертвого плода, преждевременные роды и тяжелые врожденные инфекционные поражения у детей. ИППП/ИРО также увеличивают риск заражения вирусом ВИЧ (см. Приложение 5, где представлен более подробный перечень осложнений ИРО).

Большинство ИППП/ИРО негативно отражаются на репродуктивном здоровье как мужчин, так и женщин, хотя у женщин их последствия встречаются чаще и протекают они в более тяжелой форме, чем у мужчин (Блок 1.2). По сути дела, ИППП/ИРО и их осложнения являются одной из **основных причин заболеваемости и смертности** среди женщин в наиболее неблагополучных регионах мира. По оценкам специалистов, ежегодно около одной трети из 500 тыс. материнских смертей обусловлено последствиями перенесенных инфекций во время беременности (послеабортных и послеродовых инфекций). Большая часть этих предотвратимых последствий заболеваний приходится на группы населения с низким уровнем доходов (Таблица 1.3.).

ИППП/ИРО отрицательно сказываются также и на протекании и исходе беременности. Инфекция внутри плаценты или амниотической оболочки (хориоамнионит) вследствие проникновения туда эндогенных или передаваемых половым путем микроорганизмов, является главной причиной позднего са-

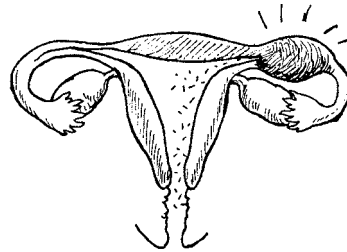
мопроизвольного выкидыша или рождения мертвого плода. Эти инфекции могут также спровоцировать преждевременный разрыв плодного пузыря (ПРПП) или преждевременные роды. **Врожденное инфицирование** сифилисом, гонореей, хламидиозом, вирусом простого герпеса, гепатитом В и ВИЧ способно привести к слепоте, инвалидности и смерти новорожденного.

Блок 1.2. Осложнения инфекции верхних отделов половых путей у женщин

1. **Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ).** Наиболее серьезные последствия ИРО у женщин наблюдаются в том случае, когда инфекция из нижнего отдела половых путей (шейки матки или влагалища) или микроорганизмы из внешней среды проникают в верхний отдел половых путей (в матку, фаллопиевы трубы, яичники и далее в другие смежные органы). Инфекция может приобрести генерализованный и угрожающий жизни характер и привести к поражению тканей и их рубцеванию, что, в свою очередь, может стать причиной бесплодия, хронических болей в области таза и увеличения риска внематочной беременности.

3. Невылеченные воспалительные заболевания органов малого таза нередко приводят к **бесплодию** у женщин и эпидидимиту и рубцеванию уретры у мужчин. В действительности, осложнения ИРО являются главными предотвратимыми причинами **бесплодия** в регионах, где проблема бездетности стоит с особой остротой. Частые самопроизвольные прерывания беременности и мертворождение вследствие ИРО – например, сифилиса – это еще одна из важнейших причин неспособности супружеских пар иметь детей.

2. Инфекция верхних отделов половых путей может развиваться в любое время, однако в наибольшей степени женщины подвержены такому риску непосредственно после родов и аборт. **Инфекционные осложнения аборт** и **послеродовая инфекция** являются основными причинами материнской смертности, и в большинстве случаев их можно предотвратить.



4. Трубные рубцы и закупорка маточных труб, которая нередко наступает после ВЗОМТ, может быть полной или частичной. При частичной непроходимости труб возможность оплодотворения не исключена, но при этом существует высокий риск имплантации в маточных трубах или вне полости матки – т.е. **внематочной беременности**. Разрыв фаллопиевых труб вследствие внематочной беременности, наряду с осложнениями после аборт и послеродовых инфекций, являются распространенными, потенциально предотвратимыми причинами материнской смертности в регионах с высоким уровнем заболеваемости ИППП и ВЗОМТ.

Таблица 1.3. Риск и уровень заболеваемости, связанный с инфекцией верхних отделов половых путей и ее осложнениями.

Заболевание или осложнение	Риск	Ситуация в регионах проживания малообеспеченного населения
Цервикальная инфекция	Гонорея или хламидиоз из шейки матки может распространиться на верхние отделы половых путей. Трансцервикальные процедуры повышают риск восходящей инфекции	Степень распространения гонореи и хламидиоза может быть от 10 до 100 раз выше в регионах с малообеспеченным населением, чем в странах с высоким уровнем дохода.
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)	По оценкам специалистов, 8-10% случаев заболевания хламидиозом и от 8 до 20% гонореей переходят в ВЗОМТ	Приблизительное количество госпитализаций по поводу воспалительных инфекций органов малого таза составляет 17-40% в Африке; 15-37% в Юго-Восточной Азии.
Послеабортная инфекция	Примерно у 10-23% женщин, страдающих хламидиозом, и у 15% женщин, больных гонореей, после аборта развиваются инфекции верхних отделов половых путей	В развивающихся регионах она является причиной по меньшей мере 7-29% материнских смертей. Этот показатель выше среди молодежи, а также среди пациенток после произведенных абортов в условиях без надлежащих мер безопасности
Послеродовая инфекция	Случается редко при нормальном протекании родов, если во время родовспоможения ничего не вводится во влагалище	В развивающихся странах инфекционные заболевания после родоразрешения через естественные родовые пути случаются до 10 раз чаще, чем в других регионах мира. До 30% материнских смертей происходит по этой причине.
Бесплодие	Риск бесплодия после первого перенесенного женщиной ВЗОМТ составляет 15-20%, после третьего случая заболевания – 50-60%. При отсутствии лечения антибиотиками эти показатели возрастают.	Подавляющее число случаев бесплодия связано с перенесенными инфекционными заболеваниями.
Внематочная беременность	6-10-кратное увеличение риска в случае перенесенных женщиной ВЗОМТ	В Африке на каждую 1 тыс. родов приходится до 32 случаев внематочной беременности

Другие ИППП/ИРО также могут иметь тяжелые или даже фатальные последствия. Некоторые виды вируса папилломы человека (ВПЧ) резко повышают опасность развития **рака шейки матки**, одной из основных причин смерти среди женщин, страдающих раковыми заболеваниями. **СПИД** развивается вследствие заражения **ВИЧ** – инфекцией, передаваемой половым путем. ВИЧ гораздо легче передается и приобретается при наличии других ИППП/ИРО (См. Блок 1.3). Для многих регионов, где отмечается высокий уровень ВИЧ-инфицированности населения, также характерен повышенный уровень распространенности излечимых ИППП/ИРО.

Блок 1.3. ИППП/ИРО и ВИЧ

<p>ВИЧ-инфекция передается таким же путем, как и другие ИППП; меры предохранения от ИППП также способствуют предупреждению половой передачи ВИЧ-инфекции</p> <p>Эффективное лечение ИППП уменьшает концентрацию вируса в выделениях из половых органов и делает заражение ВИЧ-инфекцией менее вероятным</p>	<p>Многие ИППП/ИРО увеличивают риск заражения ВИЧ-инфекцией, а также вероятность передачи ее другим во время каждого полового контакта от 50 до 300 раз (например, при наличии генитальных язв). Повышение вероятности заражения ВИЧ-инфекцией на фоне ИППП/ИРО обусловлено несколькими причинами:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ВИЧ может легко проникать через трещины на коже или слизистой оболочке, образующиеся при генитальных язвах.▪ Вирус ВИЧ может прикрепляться к множественным лейкоцитам, находящимся в генитальных выделениях.▪ У людей с некоторыми ИППП обнаруживается высокое содержание ВИЧ в язвах и генитальных выделениях, а также в сперме, цервикальном секрете.
---	--

МЕРЫ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИРО

Большинство серьезных проблем со здоровьем, вызванных ИППП/ИРО, могут быть предотвращены. В регионах, где населению предоставлен широкий доступ к эффективным службам профилактики и лечения, отмечается меньшая степень распространенности ИППП/ИРО и их осложнений, чем там, где услуги в этой области ограничены, не носят комплексного характера или не используются людьми, подверженными риску заражения. Для снижения уровня заболеваемости ИППП/ИРО требуется намного больше усилий, чем квалифицированное лечение отдельных пациентов. ИППП/ИРО распространяются среди населения, и если усилия прилагаются только на уровне лечебных учреждений, значительная часть проблемы остается нерешенной. В блоке 1.4 перечислены некоторые наиболее существенные барьеры, препятствующие эффективному предотвращению ИППП/ИРО на уровне населения, и меры, которые могут быть предприняты по их устранению.

Блок 1.4. Некоторые барьеры на пути эффективной борьбы с ИППП/ИРО на уровне населения

В чем проблема?	Что можно предпринять?
Бедность и миграция рабочей силы в поисках заработка разделяют супружеские пары и провоцируют вступление в сексуальные контакты, сопряженные с повышенным риском заражения	Экономические и социальные перемены, направленные на сокращение числа факторов, обуславливающих раздельное проживание супругов, могут снизить риск и уязвимость
Низкое общественное положение женщин ограничивает их экономические возможности и побуждает их к небезопасным моделям поведения в сфере сексуальных отношений. Женщины могут предоставлять сексуальные услуги в поисках средств или других форм поддержки. Низкий статус также означает наличие у них весьма незначительных возможностей влиять на принятие решений и обговаривать с партнерами практику их половых контактов.	Предоставление девушкам возможности получить образование и найти работу снижает экономические преимущества занятия коммерческим сексом, открывая им новые перспективы и уменьшает риск заражения ИППП.
Учреждения здравоохранения, находящиеся в тяжелом финансовом положении, могут предложить лишь минимум услуг по профилактике и лечению ИППП/ИРО.	Укрепление системы здравоохранения позволит обеспечить более эффективную профилактику и лечение ИППП/ИРО.
У людей нет свободного доступа к медицинскому обслуживанию.	Устранение барьеров (таких, как высокая стоимость услуг, удаленность, ограниченные часы приема и длинные очереди) будет способствовать расширению доступа населения к медицинскому обслуживанию.
Население не пользуется услугами медицинских учреждений (низкая обращаемость больных в учреждения здравоохранения).	Повышение осведомленности о симптомах ИППП/ИРО и их осложнениях и пропаганда качественного медицинского обслуживания будут содействовать увеличению количества людей, осознающих необходимость пользования медицинскими услугами.

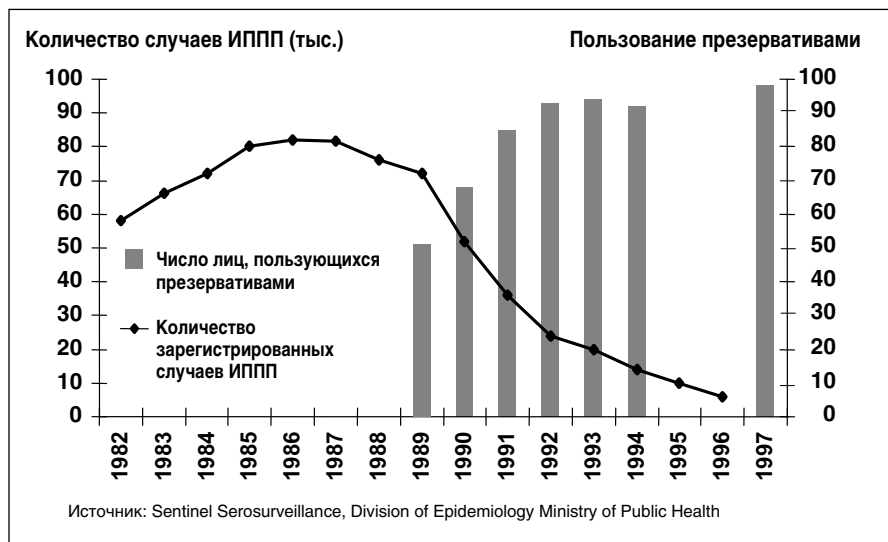
Уделяя должное внимание подобным социальным и структурным факторам, некоторые страны добились значительного снижения уровня заболеваемости часто встречаемых ИППП/ИРО и темпов их распространения среди населения. Так, в Таиланде, благодаря мероприятиям, направленным на широкое использование презервативов и улучшение качества лечения работников коммерческого секса, число случаев наиболее распространенных ИППП за последнее время удалось сократить более чем на 90% (блок 1.5).

Показатель материнской заболеваемости вследствие послеродовых и послеабортных осложнений резко снижается в тех странах, где обеспечивается качественное и безопасное медицинское обслуживание. Страны с высокими показателями заболеваемости и смертности от предотвратимых осложнений ИППП/ИРО должны внести профилактику и борьбу с этими инфекциями в ряд наиболее приоритетных направлений деятельности органов здравоохранения.

Блок 1.5. Эффективная борьба с ИППП и профилактика ВИЧ-инфекции в Таиланде

Пытаясь противостоять стремительному росту эпидемии ВИЧ в конце 1980-х гг., Таиланд предпринял ряд мер по ограничению полового пути распространения ВИЧ-инфекции и других ИППП. Была проведена интенсивная разъяснительно-пропагандистская кампания в поддержку более широкого пользования презервативами, особенно среди лиц, занятых в сфере коммерческого секса, усовершенствована система диагностики и лечения ИППП. В течение пяти лет частота использования презервативов, согласно данным опросов работников коммерческого секса, возросла с 14% до 94%, что привело к устойчивому снижению уровня заболеваемости ИППП (см. диаграмму). За этот период количество ВИЧ-инфицированных уменьшилось как в группах высокого риска, так и среди беременных женщин (не показано на графике). Важнейшими составляющими таиландского успеха были планомерная деятельность правительства и реализация целенаправленной стратегии по вовлечению в профилактические мероприятия тех слоев населения, которые являются основным очагом распространения ИППП.

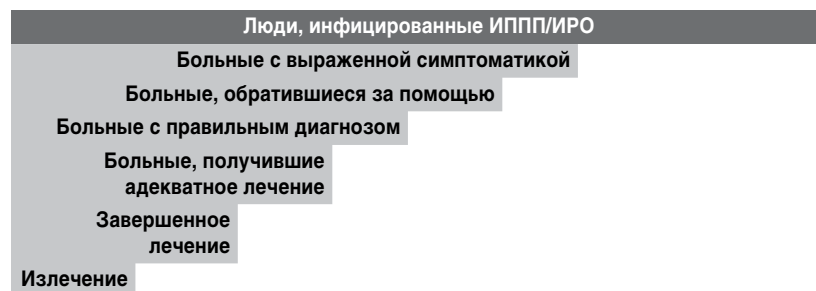
Рис 1.2. Число лиц, пользующихся презервативами, и количество зарегистрированных случаев заражения ИППП – Таиланд



РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБ В СНИЖЕНИИ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП/ИРО

Существует ряд сложностей, связанных с обеспечением эффективного медицинского обслуживания лиц, нуждающихся в диагностике и лечении ИППП/ИРО (см. рис. 1.2). Многие люди, страдающие ИППП/ИРО, не обращаются к врачам, потому что не подозревают, что они больны, поскольку у них слабо выражены или вообще отсутствуют симптомы заболевания. Другие же, кто обнаружил у себя симптомы заболеваний, могут предпочесть заняться самолечением, приобретая самостоятельно лекарственные средства в аптеках, либо обратиться за помощью к народным целителям. Но даже тем, кто все-таки обратился в клинику, может быть поставлен неточный диагноз и назначено неадекватное лечение. В конечном счете лишь малая доля людей с ИППП/ИРО может получить квалифицированную медицинскую помощь и избежать повторного заражения. Данное руководство как раз и призвано изменить это соотношение в лучшую сторону.

Рисунок 1.3. Сложности предоставления медицинских услуг людям, инфицированным ИППП/ИРО



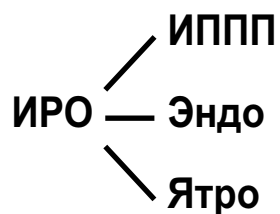
Многие из названных проблем могут быть преодолены путем использования максимума возможностей для популяризации мер профилактики, стимулирования более активного обращения людей в медицинские учреждения, своевременного выявления и адекватного лечения больных ИППП/ИРО. Работники системы здравоохранения, специализирующиеся в этой области, должны:

- **Повышать уровень грамотности** населения по вопросам ИППП/ИРО и способам их предупреждения, особенно среди тех социальных групп, которые могут быть подвержены повышенному риску заражения.
- **Проводить с людьми разъяснительную работу** по поводу необходимости незамедлительного обращения в медицинские учреждения при появлении симптомов ИППП/ИРО для успешного лечения заболеваний и предотвращения их осложнений. Консультировать пациентов относительно того, как распознавать симптомы подобных заболеваний и куда обращаться за помощью при их обнаружении.
- Во время бесед с пациентами **настоятельно рекомендовать им более безопасную практику сексуальных отношений**, в том числе регулярное пользование презервативами, ограничение числа половых партнеров и воздержание от вступления в половую жизнь в подростковом возрасте.
- **Уметь выявлять инфекции** при отсутствии ярко выраженных признаков. Спрашивать о наличии симптомов ИППП/ИРО у пациентов, пришедших на прием по вопросам планирования семьи или по другим поводам. При осмотре пациентов проверять наличие у них признаков ИППП/ИРО. По возможности обследовать их для исключения бессимптомного течения инфекций.
- **Не допускать ятрогенного инфицирования** пациента при проведении трансцервикальных процедур путем соблюдения общепринятых мер предосторожности, применения асептических методов и исключения наличия цервикальной инфекции или лечение имеющейся инфекции перед проведением трансцервикальной процедуры.
- **Принимать меры по эффективному ведению лиц с симптоматическими ИППП/ИРО.** Следовать рекомендациям по синдромной диагностике и лечению ИППП/ИРО.
- **Консультировать пациентов** по вопросам предупреждения повторного заражения после окончания курса лечения. Настоятельно советовать им соблюдать все предписания, оказывать помощь в информировании их половых партнеров и убеждении последних в необходимости прохождения лечения, а также давать рекомендации относительно более надежных средств предохранения.

Мероприятия по диагностике и лечению ИППП/ИРО ни в коем случае не следует считать факультативным элементом системы медицинского обслуживания в области охраны репродуктивного здоровья. На Международной конференции по вопросам населения и развития, состоявшейся в 1994 г. в Каире, Египет, было особо подчеркнуто, что предоставление в центрах планирования семьи медицинских услуг по снижению уровня заболеваемости ИППП имеет важнейшее значение для гарантии сохранения репродуктивного здоровья населения в будущем. Несомненно, нельзя упускать возможность охвата большого числа женщин, у которых все контакты с системой здравоохранения сводятся к обращению в учреждения

по проблемам охраны репродуктивного здоровья. Большинство из этих женщин являются сексуально активными, многие из них подвержены риску инфицирования и возможно уже заражены этими инфекциями.

Комплексная стратегия, совмещающая эффективную просветительскую работу с населением и совершенствование системы медицинского обслуживания, может оказать значительное влияние на уровень распространения ИППП/ИРО и их осложнений. Более качественные медицинские услуги способствуют излечению большего числа людей. Более эффективная профилактика заболеваний среди населения, в особенности когда она нацелена на те категории людей, которые подвержены наибольшему риску заражения, может содействовать уменьшению масштабов проблемы ИППП/ИРО в целом. Совокупный эффект подобных стратегий идет на благо всем членам общества.



ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИКА ИППП/ИРО И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Основные положения

- Комплексный подход к проблеме ИППП/ИРО предусматривает предупреждение распространения инфекций половым, ятрогенным и эндогенным путями.
- Предупреждение ИППП предполагает **уменьшение вероятности прямого контакта с инфекцией**, что может быть достигнуто посредством использования презервативов и сокращения числа половых партнеров. Правильное и регулярное пользование презервативами предохраняет от заражения ИППП.
- Следует убеждать подростков **не спешить вступать в половые отношения**.
- Риск ятрогенного заражения может быть снижен при соблюдении всех процедур **санитарно-гигиенического контроля**.
- В местах, где ИППП широко распространены, риск ятрогенных осложнений в результате трансцервикальных процедур может быть уменьшен путем проведения **полного курса лечения антибиотиками на предмет цервикальной инфекции**, если вероятность такой инфекции не может быть полностью исключена.

Как уже было отмечено в Главе 1, ИППП/ИРО распространяются несколькими путями:

- **Заражение половым путем** – многие ИРО передаются при половых контактах; чем выше степень распространения заболеваний в обществе, тем больше осложнений следует ожидать.
- **ИППП/ИРО, приобретенные в результате медицинских процедур** – заражение ИППП/ИРО и их осложнения могут развиваться в результате медицинских процедур или гинекологического осмотра, либо медицинского вмешательства во время беременности, родов или в послеродовой период.
- **Эндогенные инфекции** – некоторые ИРО развиваются в результате избыточного роста микроорганизмов, которые, в норме, находятся во влагалище в ограниченном количестве. Такие ИРО также могут приводить к осложнениям.

Для достижения максимального эффекта в борьбе с ИППП/ИРО и их осложнениями необходимо уделять должное внимание каждому из этих трех компонентов.

ПУТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИППП

Лучшим способом предупреждения ИППП является предупреждение возможности заражения. На этом первом уровне профилактики вероятность подвергнуться риску инфицирования ИППП может быть снижена следующими способами:

- воздержание от вступления в половые отношения в подростковом возрасте;
- ограничение числа половых партнеров;
- правильное и регулярное пользование презервативами.

Профилактика ИППП также предполагает **своевременное выявление и эффективное лечение ИППП** тогда, когда заражение ими все-таки произошло. Это не только уменьшает вероятность развития осложнений у данного лица, но также позволяет предотвратить новые случаи инфицирования в сообществе. Чем скорее будет вылечена ИППП, тем меньше вероятность того, что будут инфицированы другие лица.

ВОЗДЕРЖАНИЕ ОТ ВСТУПЛЕНИЯ В ПОЛОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Подростки могут избежать заражения ИППП и наступления беременности в период, когда они особенно уязвимы, отложив начало половой жизни до более зрелого возраста. Компетентные советы повременить с сексуальными отношениями, вероятно, в большей степени важны в случае молодых женщин, для которых нежелательная беременность или ИППП могут привести к серьезным социальным и медицинским проблемам. Организм девочки-подростка крайне уязвим для цервикальных инфекций, которые могут повлечь за собой ВЗОМТ, бесплодие и внематочную беременность. Вместе с тем, подростки должны знать, что когда они примут решение о вступлении в половую связь, они могут найти поддержку и получить конфиденциальную консультацию о способах предохранения от беременности и ИППП, в том числе о правилах пользования презервативами.

ОГРАНИЧЕНИЕ ЧИСЛА ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ

Ограничение числа половых партнеров может в какой-то мере помочь избежать опасности заражения ИППП. Например, пары, живущие во взаимно моногамных отношениях (когда ни один из партнеров не имеет посторонних половых связей), практически не подвержены риску заражения ИППП, если только никто из них не инфицирован иным путем. Тем не менее у многих моногамных женщин, которые ни разу не нарушили верность своему единственному половому партнеру, могут быть обнаружены ИППП. Источником инфицирования в подобных случаях являются внебрачные половые связи супруга. Воздержание от половых контактов – один из способов уберечь себя от риска заражения ИППП, хотя наличие других ИРО при этом не исключается.

На каких-то этапах жизни многим людям бывают необходимы иные стратегии в сфере половых отношений, отличные от моногамии или воздержания. Моногамные отношения с каждым новым партнером не гарантируют защиты от ИППП, когда партнеры часто меняются («серийная моногамия»). Супругам, которые находятся в разлуке длительные периоды времени, возможно, также требуются другие стратегии. Мужчины и женщины, которые по роду своей деятельности вынуждены находиться в продолжительных поездках – сезонные рабочие, торговые агенты, водители грузовых автомобилей дальнего следования, солдаты – более предрасположены к тому, чтобы вступать в многочисленные внебрачные половые связи и в итоге возвращаться домой с ИППП. Каковы бы ни были обстоятельства, и мужчинам, и женщинам, которые имеют нескольких половых партнеров (или же чьи партнеры имеют множественные половые связи), нужна надежная защита от ИППП.

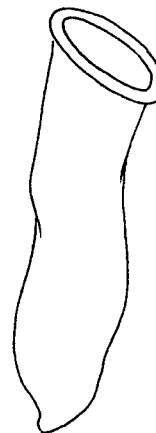
ПРАВИЛЬНОЕ И РЕГУЛЯРНОЕ ПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВАМИ

Презервативы – являются самым надежным и доступным средством защиты в ситуации, когда люди стремятся обезопасить себя или своего партнера от какого бы то ни было риска заражения ИППП. Правильное использование презервативов создает преграду, защищающую организм от проникновения даже мельчайших бактерий и вирусов.

Мужские презервативы, изготовленные из латекса, имеются в широкой продаже, предлагаются по доступным ценам и характеризуются высокой эффективностью. Их можно иметь при себе, что обеспечит защиту в любое время. Чтобы правильно пользоваться презервативом, следует:

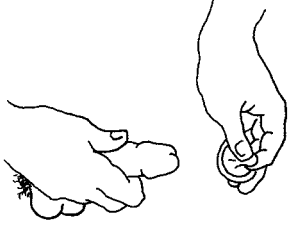


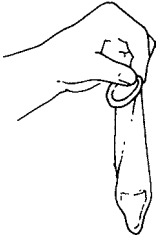
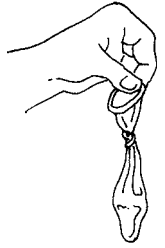
- надеть презерватив на половой член до начала проникающего полового акта (см. Рис. 2.1);
- извлечь половой член из влагалища сразу после семяизвержения (пока он еще находится в состоянии эрекции) во избежание соскальзывания презерватива во влагалище;
- перед каждым очередным половым актом обязательно надевать новый презерватив.

Тем не менее, даже это средство предохранения не всегда может гарантировать от заражения некоторыми ИППП. Генитальные язвы или бородавки могут передаваться половому партнеру при контакте с частями тела, не защищенными презервативом. Однако, люди чаще заражаются ИППП из-за неправильного или нерегулярного использования презерватива. При неверном обращении либо неправильном хранении – например, в бумажниках или в местах с повышенной температурой – или же при применении масляных смазок, презервативы могут быть повреждены. Обычно разрыв презерватива происходит вследствие нарушения инструкций по его использованию, а не по причине дефектности самого изделия.



Важно помнить, что презервативы могут предохранять от заражения ИППП только тогда, когда ими пользуются регулярным и надлежащим образом. При условии правильного использования во время каждого полового акта презервативы снижают не только риск нежелательной беременности, но и опасность заражения ИППП, в том числе и ВИЧ-инфекцией, (обеспечивая, таким образом, двойную защиту). Глава 4 содержит рекомендации по консультированию пациентов относительно того, как лучше согласовывать с партнерами вопросы, касающиеся использования презервативов.

Рис 2.1. Инструкции по пользованию мужскими презервативами

	
<p>1. Осторожно вынуть презерватив из упаковки, стараясь не повредить его.</p>	<p>2. Выпустить воздух из кончика презерватива.</p>
	
<p>3. Разворачивать презерватив постепенно, по мере надевания его на половой член, находящийся в состоянии эрекции.</p>	<p>4. После семяизвержения, извлечь половой член из влагалища, пока он еще находится в состоянии эрекции. Во время извлечения следует придерживать презерватив за ободок, чтобы он не соскользнул и сперма не пролилась во влагалище.</p>
 <p>5. Снять презерватив с полового члена и завязать узлом, стараясь не пролить содержимое. Выбросить презерватив в месте, где он не может принести никакого вреда.</p>	


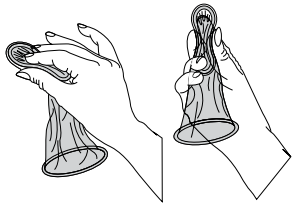
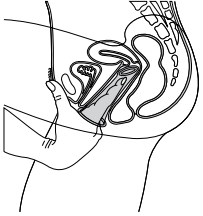

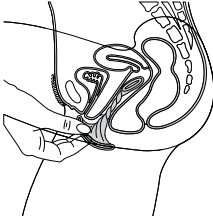
Женские презервативы (Рис. 2.2.) становятся все более доступными, и их преимуществом является то, что женщины могут контролировать их использование в большей степени, чем мужские презервативы. В настоящее время в продаже имеется один вид женских презервативов, представленный разными производителями. Он изготовлен из полиуретанового пластика, который зарекомендовал себя как более прочный, по сравнению с латексом, материал. Презервативы выпускаются только одного размера, и поэтому пользователям нет необходимости обращаться к медицинским работникам учреждений для индивидуального подбора. В отличие от мужских презервативов, сделанных из латекса, которые теряют свою прочность при применении масляных смазок, женские презервативы можно использовать с любым типом смазки без ущерба для их прочности. Они предварительно обработаны смазочным материалом, но при желании можно добавить дополнительное количество смазки.

Женские презервативы обеспечивают примерно такой же уровень защиты, что и мужские презервативы, но они являются более дорогостоящими. Исследования показали, что женские презервативы вполне приемлемы как для самих женщин, так и для их партнеров.

Несмотря на преимущества, использование женских презервативов сопряжено с некоторыми проблемами. Презерватив устроен таким образом, что его наружное кольцо выходит за пределы влагалища, поэтому пользование им обычно требует согласия мужчины-партнера. Кроме того, его нельзя использовать одновременно с мужским презервативом и поэтому он не может применяться для дополнительной защиты на случай повреждения или соскальзывания мужского презерватива.

В настоящее время ведутся исследования по другим возможным способам профилактики, находящимся под контролем женщин. В частности, проводятся испытания бактерицидов (химикатов, которые убивают микроорганизмы, являющиеся возбудителями ИРО), равно как и других средств предохранения (таких, как противозачаточные колпачки), для оценки степени их безопасности и эффективности в защите от ИППП и ВИЧ-инфекции. Тем не менее, пока ни одно из этих средств не подтвердило способности обеспечить столь же надежную защиту, как мужской презерватив.

Рис 2.2. Инструкции по пользованию женскими презервативами

<p>Женский презерватив представляет собой мягкую, неплотно прилегающую оболочку с эластичными полиуретановыми кольцами на обоих концах. Внутреннее кольцо на закрытом конце презерватива вводится во влагалище. Во время полового акта внешнее кольцо на открытом конце остается вне влагалища и прикрывает внешние половые органы.</p>		
	<p>1. Извлеките женский презерватив из упаковки и пропустите его между двумя пальцами для равномерного распределения смазки по внешней поверхности оболочки. Если вам необходимо большее количество смазки, выдавите на оболочку презерватива пару капель дополнительной смазки, содержащейся в упаковке.</p>	<p>2. Закрытый конец женского презерватива вводится внутрь влагалища. Зажмите внутреннее кольцо (закрытый конец) между большим и средним пальцами. Введите кольцо во влагалище.</p>
		
<p>3. С помощью указательного пальца протолкните оболочку вглубь влагалища насколько можно дальше, до упора. Презерватив находится на месте, если вы его не ощущаете. Не беспокойтесь: он не сможет продвинуться слишком далеко.</p>	<p>4. Кольцо на открытом конце женского презерватива должно оставаться вне влагалища и лежать поверх больших и малых губ. Убедитесь, что презерватив не перекрутился. В начале полового сношения может быть необходимо направить половой член внутрь женского презерватива. Если вы этого не сделаете, имейте в виду, что половой член может быть введен между влагалищной стенкой и презервативом, а не внутрь его. В этом случае вы не будете защищены.</p>	<p>5. В любое время после семяизвержения вы можете аккуратно извлечь женский презерватив. Если вы находитесь в лежачем положении, извлеките презерватив, пока вы не встали, во избежание выливания содержимого. Выбросите презерватив в месте, где он никак не может причинить никакого вреда. Не используйте его повторно.</p>

ПУТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИНФИЦИРОВАНИЯ ЯТРОГЕННЫМ ПУТЕМ

Как уже было указано в главе 1, многие осложнения ИППП/ИРО возникают вследствие проникновения в верхний отдел половых путей инфекций, передаваемых половым путем, эндогенных или других микроорганизмов. Наиболее эффективный путь предотвращения осложнений ИППП/ИРО – таких, как бесплодие и внематочная беременность – заключается в **предупреждении проникновения инфекций в верхние отделы половых путей** (см. табл. 2.3). Это предполагает следующие мероприятия:

- профилактика и лечение ИППП (см. главу 2 и главу 8);
- тщательное дородовое наблюдение и безопасные методы родовспоможения (см. главу 7 и главу 9);
- безопасное проведение трансцервикальных процедур (см. главу 2);
- качественное послеабортное медицинское обслуживание и лечение осложнений (см. главу 4).

Ключевую роль в предупреждении осложнений играют меры по ограничению распространения ИППП/ИРО или предотвращению восхождения инфекции в полость матки. В течение почти всего менструального цикла слизистая шейки матки создает мощную преграду, препятствующую проникновению микроорганизмов. Тем не менее, такие ИППП, как гонорея или хламидиоз, из шейки матки могут распространиться на полость матки во время менструации или могут быть занесены туда при проведении трансцервикальных процедур. Микроорганизмы, передаваемые неполовым путем, которые находятся во влагалище или во внешней среде, также могут стать причиной ВЗОМТ в случае проникновения их в матку.

Таблица 2.1. Предупреждение инфекций верхних отделов половых путей, бесплодия и внематочной беременности

Меры	Методы предупреждения инфекций и их осложнений
Профилактика, выявление и лечение ИППП	Рекомендовать: <ul style="list-style-type: none">▪ воздержание от половых отношений в подростковом возрасте▪ сокращение числа половых партнеров▪ правильное и регулярное использование презервативов▪ раннее обнаружение и лечение ИППП
Безопасные методы родовспоможения	Использовать асептические методы Обеспечивать эффективное лечение послеродовой инфекции.
Безопасные трансцервикальные процедуры	Использовать асептические методы Исключить инфекцию до проведения процедур
Послеабортное медицинское обслуживание	Использовать асептические методы Обеспечивать эффективное лечение послеабортной инфекции.

БЕЗОПАСНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ТРАНСЦЕРВИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕДУР

Проникновение инфекции в полость матки возможно в результате медицинских процедур, требующих проведения инструментов через шейку матки (трансцервикальные процедуры). Примером таких процедур являются: ручная вакуум-аспирация (РВА), расширение шейки матки и выскабливание, введение внутриматочных спиралей (ВМС) и биопсия эндометрия. Риск заражения после проведения трансцервикальных процедур сильно варьирует в зависимости от таких факторов, как степень распространенности ИППП среди населения, уровень имеющихся ресурсов и возможностей медицинского учреждения, условия, в которых проводятся процедуры. В клиниках, где частота случаев цервикальной инфекции среди пациентов невысока, риск занесения инфекции в верхние отделы половых путей незначительный.

Тем не менее, женщины, у которых в шейке матки находятся такие микроорганизмы, как *N. gonorrhoeae* или *C. trachomatis*, после проведения трансцервикальных процедур подвержены более высокому риску инфекции верхних половых путей по сравнению с неинфицированными женщинами, проходящими аналогичные процедуры.

Опасность развития инфекций верхних отделов половых путей вследствие трансцервикальных процедур может быть снижена за счет:

- соблюдения соответствующих правил дезинфекции и применения асептических методов
- лечения всех имеющихся цервикальных инфекций.

СНИЖЕНИЕ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ

1. Клиническая практика

Соблюдение надлежащих правил дезинфекции и применение асептических методов, обеспечивают защиту от передачи инфекции.

Блок 2.1. Методы предупреждения инфицирования при проведении трансцервикальных процедур

- Вымыть руки.
- Надеть перчатки, прежде чем приступать к проведению процедуры или иметь дело с загрязненными отходными материалами и использованными инструментами.
- Обработать, промыть, тщательно продезинфицировать все инструменты (такие, как гинекологические зеркала, хирургические зажимы, щипцы и маточные зонды). Высококачественная дезинфекция проводится путем кипячения инструментов в течение 20 минут в контейнере с крышкой.
- Обработать шейку матки и влагалище антисептическим раствором.
- Использовать бесконтактные методы, то есть избегать загрязнения маточного зонда или других инструментов в результате нечаянного соприкосновения со стенками влагалища или крыльями гинекологического зеркала.

Более подробную информацию в отношении дезинфекции и общепринятых мер предосторожности см. в Приложении 3.

2. Лечение цервикальных инфекций

Несмотря на то, что соблюдение мер по инфекционному контролю может снизить вероятность занесения инфекции извне, они не могут предотвратить распространение уже имеющейся гонореи и хламидиоза в полость матки во время трансцервикальных процедур. При наличии цервикальной инфекции даже стерильные инструменты, проходя через канал шейки матки, загрязняются и переносят бактерии в верхние отделы половых путей.

Наиболее надежный способ предотвращения распространения инфекции в верхние отделы половых путей состоит в исключении наличия цервикальной инфекции или лечении таковой до проведения трансцервикальных процедур (см. Раздел 3 и приложение 1). Необходимо иметь в виду, что цервикальная инфекция у некоторых женщин может протекать бессимптомно. В недостаточно оснащенных медицинских учреждениях, в условиях невысокого уровня распространенности цервикальной инфекции, медицинский работник может полагаться на свой клинический опыт для исключения наличия инфекции. В условиях же, когда среди пациентов наблюдается высокий уровень распространения цервикальных инфекций, когда данные осмотра не позволяют медицинским работникам с абсолютной уверенностью исключить наличие инфекции и отсутствует возможность проведения лабораторных анализов, следует рассмотреть вопрос о целесообразности назначения полного лечебного курса антибиотикотерапии гонореи и хламидиоза (см. Таблицу 2.2). В этом случае лечение основано не на установленном диагнозе, а на вероятности того, что инфекция имеет место.

После проведения трансцервикальных процедур всем женщинам следует рекомендовать незамедлительно обратиться к лечащему врачу, если в течение последующих нескольких недель у них возникнут симптомы возможной инфекции, такие, как повышение температуры, боли внизу живота или необычные выделения из влагалища.

Профилактическая доза антибиотиков (100 мг доксицилина орально, за 1 час до проведения процедуры и 200 мг после) снижает вероятность развития инфекции после искусственных абортов и должна назначаться всем женщинам, проходящим эту процедуру, независимо от степени распространенности ИППП. Следует заметить, что в случае введения ВМС профилактика антибиотиками не рекомендуется, поскольку приносит минимальную пользу.

Для того, чтобы исключить наличие цервикальной инфекции или назначить лечение до проведения трансцервикальных процедур, в большинстве случаев достаточно медицинского заключения, основанного на результатах осмотра пациента (см. главу 4 по оценке риска ИППП и приложение 2 по методике проведения осмотра).

Примечание: Лабораторные анализы на ИППП имеют немаловажное значение для обеспечения безопасного и эффективного использования ВМС, но вопрос о проведении такого обследования должен рассматриваться с учетом конкретных возможностей системы медицинского обслуживания. Риск, связанный с отсутствием проведения таких анализов, должен быть сопоставлен с пользой от предоставления пациентам этих средств контрацепции.

Таблица 2.2. Рекомендуемая антибиотикотерапия гонореи и хламидиоза

Инфекция	Предпочтительное лечение ^a Выбрать один из двух препаратов, представленных в каждой ячейке (2 препарата)	Высокоэффективный альтернативный режим ^c
Гонорея	Цефиксим – 400 мг для однократного перорального приема или Цефтриаксон – 125-250 мг для внутримышечного введения	Ципрофлоксацин ^d – 500 мг для однократного перорального приема или Спектиномицин – 2 г для внутримышечного введения
Хламидиоз	Доксициклин – 100 мг для перорального приема 2 раза в день в течение 7 дней или Азитромицин ^b – 1 г для однократного перорального приема	Офлоксацин ^d – 300 мг для перорального приема 2 раза в день в течение 7 дней или Тетрациклин – 500 мг для перорального приема 4 раза в день в течение 7 дней

- Режим однократного приема препарата более предпочтителен по сравнению с режимом многократного, так как он позволяет избежать потенциальных проблем, связанных с несоблюдением схемы лечения.
- При однократном приеме 1 г азитромицина достигается излечение более чем 90% цервикальных инфекций, вызванных гонореей или хламидиозом. Подключение второго препарата для лечения гонореи приводит к повышению процента излечения до 100%.
- См. схему терапии в главе 8, табл. 2, где указаны дополнительные препараты, которые можно использовать в качестве заменителей при альтернативном режиме лечения гонорей.
- За исключением географических районов с резистентностью *N. gonorrhoeae* к хинолам.

ПУТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭНДОГЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ

Широко распространенными эндогенными инфекциями являются бактериальный вагиноз и дрожжевая инфекция (вагинальный кандидоз), которые легко поддаются лечению (глава 8), но часто рецидивируют. Медицинские работники должны знать, что:

- Беременные женщины и женщины, принимающие оральные контрацептивы, более подвержены повторной дрожжевой инфекции в связи с изменениями уровня вагинальной кислотности (pH);
- Риск дрожжевой инфекции может быть выше при наличии определенных заболеваний, например, диабета, а также при длительном применении антибиотиков и стероидных препаратов.

Реже рецидивирующие формы дрожжевой инфекции могут быть признаком более серьезных заболеваний, которые понижают иммунитет организма (такие, как длительные хронические заболевания, ВИЧ-инфекция). Указанное следует принимать во внимание только при наличии других симптомов; сама по себе дрожжевая инфекция встречается у очень многих женщин, и, как правило, она легко предупреждается и успешно лечится.

Медицинские работники могут порекомендовать своим пациентам некоторые простые способы профилактики эндогенных инфекций.

- Спринцевание может привести к нарушению равновесия вагинальной флоры и вызвать избыточный рост других микроорганизмов (бактериальный вагиноз). Не рекомендуется пользоваться моющими, дезинфицирующими растворами и средствами, оказывающими санитизирующее и сушащее воздействие на слизистую влагалища. При процедурах личной гигиены достаточно ограничиться подмыванием внешних половых органов с помощью мыла и воды.
- Антибиотики тоже могут нарушить естественную флору влагалища и спровоцировать чрезмерный рост дрожжевых грибов. Женщинам, принимающим антибиотики (особенно при длительных курсах с применением антибиотиков широкого спектра действия), возможно, также необходимо лечение дрожжевой инфекции.



ГЛАВА 3. ВЫЯВЛЕНИЕ СЛУЧАЕВ ИППП/ИРО

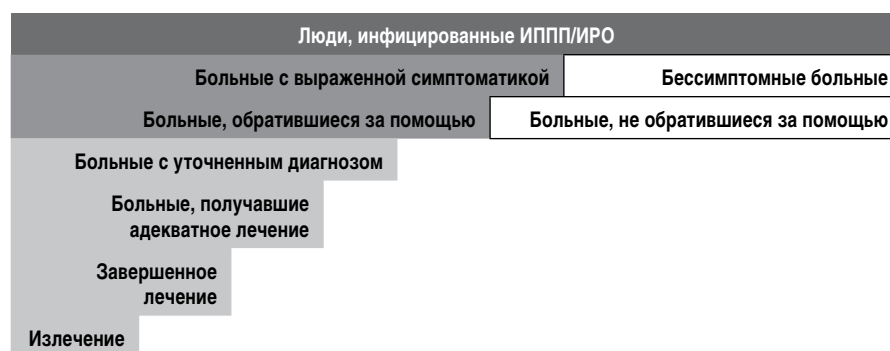
Основные положения

- Медицинские работники должны знать, как выявлять людей с признаками или симптомами ИППП/ИРО, а также уметь оценивать риск заражения этими заболеваниями.
- Обследование беременных на наличие **сифилиса** является эффективной стратегией предупреждения врожденного сифилиса и важным элементом основного комплекса медицинских услуг по родовому наблюдению.
- Женщины, у которых ранее случались самопроизвольные выкидыши, мертворождение или преждевременные роды, помимо проверки на наличие сифилиса, должны быть обследованы на наличие **бактериального вагиноза** и **трихомониаза**.
- Следует использовать любую возможность своевременного обнаружения **цервикальных инфекций** путем тщательного осмотра с помощью зеркала, а также проведения лабораторных анализов, если это практически осуществимо.
- Для **раннего диагностирования** рака шейки матки у женщин в возрасте около 40 лет необходимо хотя бы раз взять мазок на анализ по Папаниколу.
- В регионах с высокой степенью распространения **ВИЧ-инфекции** следует развивать систему служб по добровольному консультированию и тестированию (ДКТ) пациентов на наличие ВИЧ.

Некоторые люди, инфицированные ИППП/ИРО, обнаруживают у себя симптомы заболеваний и обращаются за помощью в медицинские учреждения, в то время как другие зачастую этого не делают (см. Рис. 3.1). Консультирование пациентов по распознаванию симптомов и убеждение в необходимости незамедлительного обращения к врачу в случае их обнаружения – это один из важнейших путей снижения уровня распространенности ИППП/ИРО среди населения.

Однако многие женщины и мужчины, инфицированные ИППП/ИРО, не имеют явно выраженных симптомов или имеют очень незначительные проявления заболеваний и не подозревают, что у них что-то не в порядке со здоровьем. Они могут прийти на прием к врачу по другому поводу или не прийти вовсе. Между тем, выявление и лечение таких больных предотвращает развитие осложнений у данных пациентов и способствует ограничению распространения ИППП/ИРО в сообществе.

Рисунок 3.1. Препятствия в борьбе с ИППП/ИРО – выявление людей с ИППП/ИРО



У женщин скрытые, бессимптомно протекающие инфекции могут представлять более серьезную опасность, чем протекающие с выраженной симптоматикой. Сифилис, гонорея и хламидиоз имеют тяжелые последствия, но при этом часто протекают бессимптомно (см. Главу 1). Даже ВЗОМТ нередко имеют слабо выраженную симптоматику или отсутствие таковой.

Службы охраны репродуктивного здоровья играют важную роль в выявлении бессимптомных ИППП/ИРО. Поскольку в центры охраны репродуктивного здоровья обращаются многие женщины по вопросам планирования семьи, дородового наблюдения и послеродовой медицинской помощи, у работников таких клиник есть больше возможностей выявить женщин, инфицированных ИППП/ИРО и нуждающихся в лечении. В этой главе представлены некоторые стратегии обнаружения ИППП/ИРО у пациентов, посещающих клиники по причинам, не связанным с инфекцией. В Табл. 3.1 и 3.2 приведено несколько примеров таких подходов.

Службы охраны репродуктивного здоровья должны использовать любую возможность охватить в своей работе также мужчин. Несмотря на то, что у мужчин более вероятно симптомное течение заболеваний, чем у женщин, у них также не исключены бессимптомные ИППП. К тому же, как правило, мужчинам свойственно не придавать значения симптомам, если они не сильно выражены. Медицинские работники могут проводить разъяснительную работу о симптомах заболеваний и убеждать мужчин явиться на обследование при наличии каких-либо симптомов. Более подробная информация об обследовании женщин и мужчин дается в Приложении 1.

Таблица 3.1. Некоторые примеры стратегий выявления и лечения ИППП/ИРО

Метод	Примеры подхода «ни одной упущенной возможности»
Беседа с пациентами	Во время каждого визита пациента спрашивать у него о наличии симптомов ИППП/ИРО или каких-либо жалоб
Клиническое обследование	Проводить бимануальное обследование и осмотр с помощью зеркала для обнаружения признаков ИППП/ИРО, не замеченных пациентом
Лабораторное обследование	Серологическое обследование на сифилис Для раннего диагностирования рака шейки матки анализ по Папаниколау Добровольное консультирование и тестирование на наличие ВИЧ-инфекции
Лечение вероятной инфекции на основе критериев риска	Лечение половых партнеров пациентов, инфицированных ИППП и работников коммерческого секса, имевших половые контакты без средств предохранения, и т.д. Лечение лиц, подвергнувшихся сексуальному насилию Лечение женщин после трансцервикальных процедур
Комбинированные стратегии	Лечение вероятной инфекции у работников коммерческого секса при их первом обращении в клинику, с последующими регулярными посещениями врача для бимануального обследования, осмотра с помощью зеркала и анализа мазка из шейки матки окрашенного по Граму.

Некоторые учреждения охраны репродуктивного здоровья располагают достаточными ресурсами для проведения обследований на наличие бессимптомных инфекций. Например женская консультация, где могут проводиться бимануальные обследования и осмотры с помощью зеркала для обнаружения признаков цервикальных инфекций или ВЗОМТ, анализы мазков по Папаниколау для раннего диагностирования рака шейки матки или обследования на сифилис и гонорею. Но даже в тех медицинских учреждениях, где это практически неосуществимо, возможно усовершенствовать работу по выявлению и лечению ИППП/ИРО с минимальными дополнительными затратами и усилиями. Для этого следует взять за основу **подход «ни одной упущенной возможности»**, используя стратегии, представленные в Табл. 3.1. Этот подход означает, что медицинские работники должны проверять наличие признаков ИППП/ИРО при любом осмотре пациента, обратившегося к ним по другим причинам.

В Табл. 3.2 приводится более подробное описание ряда общепринятых тестов, которые могут использоваться в определенных ситуациях. Анализ на наличие сифилиса, бактериальный посев на гонококки и анализ мазков по Папаниколау позволяют выявить более 80% случаев скрытых инфекций. Другие тесты способны обнаружить меньший процент бессимптомных случаев заболеваний, но они также могут оказаться полезными, если врачи знают, каковы пределы их погрешности. Как бы то ни было, лучше диагностировать 40-60% женщин с цервикальной инфекцией (например, путем осмотра с помощью зеркала или исследования мазка из шейки матки окрашенных по Граму), чем вообще ни одной.

Далее в этой главе приводятся рекомендации по обнаружению конкретных видов ИППП/ИРО.

Таблица 3.2. Примеры возможных методов обследования на наличие ИППП/ИРО у женщин

Заболевание/ состояние	Метод обследования	Количество выявленных на 100 случаев заболеваний ^с	Примечания		
Сифилис	Общие нетрепонемные серологические исследования	80-86 (первичная инфекция)	Положительная реакция с высокой вероятностью указывает на наличие сифилитической инфекции, но не обязательно активную форму заболевания. Пациенты с положительной реакцией должны пройти лечение. По возможности, следует также провести обследование для подтверждения диагноза с применением специфических трепонемных тестов		
		100 (вторичная)			
		80 (латентная инфекция)			
		71-73 (поздняя стадия)			
Цервикальная инфекция (гонорея и/или хламидиоз)	Бактериальный посев на гонококки	95	Дает достоверные результаты, выполняется в лабораторных условиях, требует наличия сосудов с углекислотой, инкубатора и культуральной среды		
		Тест на наличие Chlamydia		60-70	Дорогостоящий, во многих случаях не выявляет инфекции (ложный отрицательный результат)
		Тест на Chlamydia при помощи ПЦР		95	Очень дорогостоящий, относящийся к категории высоких технологий
		Клинический осмотр		30-40	Недорогостоящий, во многих случаях не выявляет инфекции (ложный отрицательный результат)
Цервикальная дисплазия	Мазок по Папаниколау	80	Эффективен для раннего диагностирования рака шейки матки и его предупреждения		

a. RPR, VDRL

b. ELISA, ИФА-тест

c. В идеальных условиях и в зависимости от стадии болезни. Реальные показатели выявляемости обычно ниже.

Важно иметь в виду некоторые ситуации, которые могут возникнуть при обследовании или лечении вероятных ИППП/ИРО. Женщины, обратившиеся в клинику по другим причинам, могут быть не готовы услышать о том, что у них обнаружена какая-то инфекция, особенно если речь идет об инфекции, передаваемой половым путем. Они могут расстроиться еще больше, если им будет предложено информировать об этом своих половых партнеров. В таких ситуациях следует действовать с большой осторожностью и тактом, чтобы не потерять доверия пациента и не подорвать репутацию клиники в глазах населения.

Нельзя забывать, что никакой диагностический тест не гарантирует 100%-ной точности полученных результатов, более того, что у многих из тестов данный показатель гораздо ниже. Об этом должно быть тщательно объяснено пациенту, особо отмечая также и о возможности ошибки. Очень важно, чтобы медицинские работники не спешили относить существующие у пациента проблемы со здоровьем к категории инфекций, передаваемых половым путем, пока диагноз еще окончательно не установлен. Более предусмотрительный подход, который в большинстве случаев является также и более приемлемым для пациентов и их половых партнеров, состоит в том, чтобы объяснить им, что многие симптомы являются неспецифическими; затем можно предложить им курс лечения в качестве меры предосторожности, рекомендации для предупреждения осложнений, сохранения репродуктивных способностей и безопасности беременности. Эти и другие вопросы консультирования освещаются в следующей главе. Рекомендации в отношении информирования половых партнеров и их лечения можно найти в Главе 8.

СИФИЛИС

Сифилис, по-прежнему, остается основной причиной перинатальной смертности и заболеваемости во многих странах мира, несмотря на широкодоступные и относительно недорогостоящие технологии для диагностики и лечения этой инфекции у беременных женщин. По оценкам специалистов, у беременных женщин с ранними стадиями сифилиса, не прошедших лечения, две трети беременностей заканчиваются выкидышами, рождением мертвого плода или новорожденного с врожденным сифилисом.

ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Беременность. Обследование на наличие сифилиса у беременных должно быть сделано **как можно раньше, при первом же обращении женщины в лечебное учреждение**. Если позволяют ресурсы, оно может быть проведено повторно в третьем триместре для выявления возможной инфекции, приобретенной уже во время беременности.
- Женщины, не состоящие на антенатальном учете в медицинском учреждении, должны быть обследованы во время родов. Хотя такое обследование уже не поможет предотвратить врожденный сифилис у ребенка, но оно позволит провести раннюю диагностику и своевременное лечение новорожденного.
- Женщины, у которых ранее случалось самопроизвольное прерывание беременности (выкидыш) или мертворождение, должны также пройти обследование на сифилис; во многих случаях своевременная диагностика и лечение сифилиса устранят главную причину неблагоприятных исходов беременности.
- На наличие сифилиса должны быть обследованы также мужчины и женщины с синдромами ИППП, за исключением пациентов с синдромом генитальной язвы. Такое обследование является обязательным для пациентов с язвами, которым должно быть назначено синдромное лечение как сифилиса, так и мягкого шанкра без проведения анализов.
- Лица, занятые в сфере коммерческого секса, должны проходить обследование каждые 6 месяцев.

В связи с тем, что при беременности сифилис может повлечь за собой серьезные осложнения, первоочередная задача женских консультаций заключается в том, чтобы обеспечить обследование на сифилис всех без исключения беременных.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Наиболее предпочтительными при проведении обследования на наличие сифилиса являются нетрепонемные анализы (тесты), такие, как RPR и VDRL (аналоги микрореакции преципитации – МРП). Эти анализы производятся при взятии крови из пальца, без использования микроскопа (см. Приложение 3) и позволяют выявлять почти все случаи сифилиса на ранней стадии, но при этом могут показывать также и ложно положительные результаты (см. Табл. 3.2).
- Трепонемные тесты (например, ТРНА – *Treponema pallidum* heamalutination assay) могут использоваться – для подтверждения результатов нетрепонемного теста (см. Приложение 3).
- Количественные (RPR) тесты с постановкой титров могут помочь оценить реакцию на лечение (см. Приложение 3).

Примечание: При отсутствии возможности выполнить дополнительные подтверждающие тесты следует назначать лечение всем пациентам, показавшим положительные результаты при анализе RPR или VDRL.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Обследование на наличие сифилиса, по-возможности, следует проводить непосредственно на месте и в кратчайшие сроки для обеспечения того, чтобы как можно большее число больных получили результаты своих анализов и прошли лечение. В идеальном случае:

- Пациенты должны получать результаты тестов до своего ухода из клиники.
- Пациенты с положительной реакцией на сифилис должны незамедлительно пройти лечение (см. схему лечения в Табл. 5 в главе 8).
- У всех пациентов, нуждающихся в лечении, следует выяснить, нет ли у них аллергической реакции на пенициллин. Для назначения альтернативного режима терапии с использованием высокоэффективных заменителей см. Табл. 5 в главе 8.
- Половые партнеры выявленных больных также должны пройти лечение.

Обследование беременных (антенатальный скрининг) на наличие сифилиса осуществляется путем постановки вышеуказанных тестов при первом же обращении в медицинское учреждение (по возможности, такое обследование желательно провести повторно в третьем триместре). При консультировании партнеров следует сделать особый акцент на важности своевременного лечения и профилактики ИППП/ИРО для гарантии благополучного течения и исхода беременности. Как показывает опыт, практика проведения «обследования и лечения в тот же день» способствует существенному увеличению количества женщин, прошедших эффективное лечение, и снижению частоты случаев врожденного сифилиса у детей (см. Блок 3.1).

Блок 3.1. Практические результаты мероприятий по совершенствованию системы антенатального скрининга на сифилис

В Замбии, несмотря на высокую частоту случаев врожденного сифилиса и то, что более 90% беременных женщин наблюдались в медицинских учреждениях, менее 30% было обследовано на сифилис. Из числа обследованных серопозитивных женщин, соответствующее лечение получали менее трети пациенток. Аналогичные проблемы были отмечены в Найроби, Кения. Впоследствии в обоих странах были осуществлены меры по совершенствованию системы обслуживания и введена практика «обследования и лечения в тот же день». В итоге, в Найроби доля женщин с положительной реакцией на сифилис, прошедших курс терапии, увеличилась до 92%, а число партнеров, также получивших лечение, достигло 50%. В Замбии благодаря реализации такой программы профилактики количество осложнений сифилиса в период беременности удалось сократить на две трети.

В клиниках по дородовому наблюдению, где уже налажена практика **обязательного антенатального скрининга на сифилис**, следует проводить регулярный статистический учет для оценки доли женщин, которые были обследованы, диагностированы и прошли курс эффективного лечения. Каждый месяц можно отслеживать два простых показателя, которые легко вычисляются на основе клинических записей:

$$\text{Охват скринингом} = \frac{\text{Число беременных женщин, прошедших обследование}}{\text{Число женщин, впервые обратившихся для дородового наблюдения}}$$

$$\text{Охват лечением} = \frac{\text{Число женщин с положительными реакциями RPR, прошедших лечение}}{\text{Число женщин с положительными реакциями RPR}}$$

Если система обследования на сифилис функционирует **недостаточно хорошо**, следует принять меры по устранению причин. В Блоке 3.2 дается сопоставление *предполагаемого* и фактического положения дел в медицинских учреждениях в отношении скрининга на сифилис и предлагаются некоторые возможные пути решения проблем.

Блок 3.2. Совершенствование системы антенатального обследования на сифилис

Проблема	Что должно происходить, но не происходит на самом деле	Возможное решение проблемы
Женщины, нуждающиеся в обследовании и лечении не выявлены	<i>Предполагается</i> , что беременные должны обращаться в медицинские учреждения уже на начальных стадиях беременности, но они этого не делают из-за отсутствия доверия к системе здравоохранения и плохо организованной просветительской работы среди населения.	Объяснять преимущества раннего обращения в клиники по родовому наблюдению. Вести работу по улучшению качества медицинских услуг и повышению их доступности. Повышать уровень грамотности населения по вопросам здравоохранения, с тем, чтобы женщины активно обращались за медицинской помощью и обследованием.
Отсутствие у пациентов возможности пройти медицинскую процедуру	<i>Предполагается</i> , что работники медицинских учреждений должны брать пробы крови и направлять их на анализ в лаборатории, но они этого не делают из-за отсутствия должного контроля исполнения, плохо организованной системы доставки крови, нехватки игл или других сложностей.	Улучшать качество профессиональной подготовки, укреплять систему контроля исполнения и повышать заинтересованность медицинских работников. Совершенствовать систему служб технического обеспечения и приобретения медицинского инвентаря.
Невозможность получить результаты анализов	<i>Предполагается</i> , что лаборанты должны проводить исследования и сообщать результаты анализов работникам медицинских учреждений, но они этого не делают, так как считают, что эти функции не входят в их и без того напряженную рабочую нагрузку.	Совершенствовать систему взаимодействия с лабораторией. Развивать возможности проведения анализов на местах.
Неадекватная организация работы	<i>Предполагается</i> , что женщины должны прийти на очередной осмотр и получить результаты анализов, но этого не происходит из-за плохо организованной системы ведения документации.	Совершенствовать систему антенатальной помощи. Настоятельно рекомендовать беременным женщинам как можно раньше становиться на учет в медицинских учреждениях и приходить на очередной осмотр, как назначено.
Несоответствующее исполнение медицинскими работниками своих обязанностей	<i>Предполагается</i> , что медицинский персонал должен обеспечивать пациентам лечение сифилиса и консультировать их по вопросам профилактики и информирования половых партнеров. Но работники медицинских учреждений не выполняют своих обязанностей из-за нерегулярного поступления лекарственных препаратов, из-за того, что все разговоры о половых отношениях считают запретными, а также из-за недостатка времени для беседы с каждым пациентом ввиду их большой загруженности.	Повышать квалификацию медицинских работников по вопросам ИППП/ИРО и полового просвещения. Совершенствовать систему комплектования штата медицинских учреждений для надлежащего выполнения их функций. Совершенствовать систему служб технического обеспечения и приобретения медицинского инвентаря.

Источник: Dallabetta G, Laga M, Lamptey P. *Control of Sexually Transmitted Diseases: a Handbook for the Design and Management of Programs (Борьба с болезнями, передаваемыми половым путем: справочник по разработке и проведению программ.)* Arlington, VA, Family Health International, 1996.

ВАГИНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Вагинальные инфекции (**дрожжевая инфекция, бактериальный вагиноз и трихомониаз**) широко распространены среди женщин репродуктивного возраста. Почти всегда они имеют выраженную симптоматику и редко вызывают осложнения.

Небеременных женщин нет необходимости проверять на возможные бессимптомные случаи этих заболеваний. Женщинам, не имеющим симптомов дрожжевой инфекции или бактериального вагиноза, не следует назначать лечение только на основании положительных результатов микроскопического исследования.

Тем не менее, у беременных женщин бактериальный вагиноз (БВ) и трихомониаз могут вызвать такие осложнения, как преждевременный разрыв плодного пузыря и преждевременные роды. Пациентки, подверженные такому риску, должны быть обследованы, независимо от наличия или отсутствия выраженных симптомов.

ПОКАЗАНИЯ К ОБСЛЕДОВАНИЮ

- Беременные женщины, у которых ранее были выкидыши или преждевременные роды, должны пройти обследование на наличие вагинальных инфекций.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ (СМ. ПРИЛОЖЕНИЕ 3)

- БВ может быть диагностирован с помощью микроскопического исследования вагинального мазка окрашенного по Граму или методом прямой микроскопии (см. Приложение 4).
- Подвижные трихомонады *trichomonas vaginalis* можно обнаружить при микроскопическом исследовании вагинальных выделений в капле физраствора (метод «живой капли»).

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПОДХОД

- Беременные женщины, у которых ранее были выкидыши или преждевременные роды, должны быть обследованы на наличие БВ и трихомониаза. Те, у которых результаты анализов положительны, для снижения риска неблагоприятного исхода беременности должны пройти курс терапии (после первого триместра беременности) метронидазолом (трихополом) по следующей схеме: по 500 мг 3 раза в день в течение 7 дней.
- Женщинам с явными симптомами и влагалищными выделениями во втором и третьем триместрах должно быть назначено лечение (без обследования) трихомоноза и дрожжевой инфекции по вышеописанной схеме терапии для БВ (см. схему в Главе 9).
- Небеременные женщины с патологическими вагинальными выделениями должны пройти лечение в соответствии со схемой 1, приведенной в Главе 8.

ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

По сравнению с вагинальными инфекциями, цервикальные инфекции встречаются гораздо реже, особенно среди женщин, пользующихся услугами медицинских учреждений по охране репродуктивного здоровья, и обычно протекают бессимптомно. Шейка матки является наиболее типичным местом локализации инфекций, вызывающих **гонорею** и **хламидиоз**. Даже если у женщины отсутствуют симптомы, иногда можно определить признаки этих инфекций при внимательном осмотре с помощью зеркала (см. Табл. 3.3). Обследование с помощью гинекологического зеркала может также выявить признаки других инфекций, включая цервикальные язвы и бородавки.

ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Скрининг на наличие цервикальных инфекций можно проводить:

- во время каждого осмотра с помощью зеркала, независимо от причин его проведения;
- в период беременности.

Лица, подверженные высокому риску заражения ИППП – например, работники коммерческого секса, должны регулярно проходить обследование.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Тщательный осмотр с помощью зеркала позволяет обнаружить многие (хотя и не все) цервикальные инфекции (см. Табл. 3.3).
- Бактериальный посев на гонококки характеризуется высокой степенью достоверности и относительно низкой стоимостью и технически легко осуществим в надлежащим образом оборудованных лабораториях (см. Табл. 3.2).
- Лабораторные тесты на хламидиоз являются дорогостоящими и во многих случаях не выявляют инфекцию (см. Табл. 3.2). Одним из самых точных, но очень дорогостоящих методов диагностики является ПЦР.

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПОДХОД

- Для проверки на наличие у пациента признаков цервикальной инфекции следует провести тщательный осмотр с помощью зеркала (см. Табл. 3.3). Навыки, необходимые для проведения обследования с помощью зеркала, описаны в Приложении 1. Осмотр с помощью зеркала может также выявить некоторые бессимптомные внутренние язвы и генитальные бородавки.
- С помощью специального ватного тампона следует взять мазок из канала шейки матки (эндоцервикса). Если на фоне белой бумаги тампон кажется желтым (положительный тампоновый тест), то высока вероятность наличия цервикальной инфекции и женщине необходимо назначить лечение гонореи и хламидиоза.
- В зависимости от возможностей лаборатории, образец цервикального мазка может быть также:
 - исследован на наличие гонококков путем бактериального посева (см. Табл. 3.2);
 - протестирован на наличие хламидийной инфекции (см. Табл. 3.2).

Таблица 3.3. Диагностика цервикальной инфекции на основании клинических признаков

Методы обследования	Признаки	Лечение
Осмотр с помощью зеркала выявляет некоторые случаи цервикальной инфекции.	Слизисто-гнойные выделения (мутные, грязно-желтые выделения из цервикального канала). Повышенная хрупкость (кровоточивость) шейки матки при касании тампоном. Положительный тампоновый тест (пожелтение тампона после его введения в цервикальный канал)	При наличии любого из этих признаков пациент должен получить лечение как гонореи, так и хламидиоза. Примечание: по меньшей мере у половины женщин с цервицитом не обнаруживаются такие признаки, а некоторые женщины с наличием этих признаков не страдают гонореей или хламидиозом.

Обследование – это один из немногочисленных путей диагностирования цервикальных инфекций, и круг обследуемых не должен ограничиваться только женщинами, обнаружившими у себя влагалищные выделения. Цервикальные инфекции, как правило, бессимптомны, и женщины, у которых нет вагинальных выделений, с такой же вероятностью могут быть больны гонореей и хламидиозом, как и женщины, имеющие выделения. Несмотря на отсутствие явных симптомов, последствия могут быть очень серьезными, если инфекция распространится на верхние отделы половых путей.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

Инфекции верхних отделов половых путей или ВЗОМТ ведут к серьезным, и даже летальным, осложнениям, включая бесплодие и внематочную беременность, но при этом нередко заболевание может носить скрытый характер, проявляясь лишь незначительными признаками или вообще без них. Если при осмотре у женщины имеются болезненные ощущения в нижней части живота, ее нужно вести как больную с ВЗОМТ.

ПОКАЗАНИЯ К ОБСЛЕДОВАНИЮ

Обследование на наличие ВЗОМТ следует проводить:

- при любом осмотре с помощью зеркала или бимануальном обследовании органов малого таза, либо в случае, когда женщины жалуются на неопределенное ощущение дискомфорта в нижней части живота, боли в пояснице, кровянистые выделения в межменструальный период или боль во время полового акта;
- до проведения трансцервикальных процедур.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Тщательный абдоминальный осмотр и бимануальное обследование матки являются единственными методами, применяемыми для диагностирования скрытых форм ВЗОМТ.

ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Описание навыков тазового бимануального обследования дается в Приложении 1. Признаками инфекционно-воспалительных заболеваний верхних отделов половых путей являются болезненность при пальпации нижнего отдела живота, матки и придатков и болезненность при смещении шейки матки во время бимануального обследования. Женщинам с такими симптомами следует незамедлительно назначить лечение на основе блок-схемы, определяющей действия при болях в нижней части живота (см. блок-схему 2 в Главе 8).

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Общепризнанно, что рак шейки матки является одним из осложнений ИППП, развивающимся в связи с заражением некоторыми специфическими штаммами вируса папилломы человека (ВПЧ). Выявление и лечение на ранних стадиях болезни (цервикальная дисплазия) служат эффективными мерами для снижения уровня заболеваемости и смертности от рака шейки матки.

ПОКАЗАНИЯ К ОБСЛЕДОВАНИЮ

Круг обследуемых лиц и периодичность их обследования зависят от располагаемых ресурсов. При наличии развитой системы цитологических служб все женщины старше 35 лет должны проходить периодические обследования каждые 5-10 лет. В случае ограниченных возможностей для проведения цитологических исследований желательнее обеспечить разовое обследование каждой женщины в возрасте около 40 лет.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время рекомендуется проводить цитологическое исследование по методу Папаниколау (мазок Папаниколау). Сейчас проводится оценка более новых методик, таких, как визуальное обследование шейки матки, которые могут быть признаны в качестве возможных стратегий обследования (скрининга). Обследование на наличие рака шейки матки также дает возможность одновременно проверить наличие признаков других цервикальных инфекций.

ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Для проведения обследования на наличие рака шейки матки требуются медицинские работники, умеющие делать осмотр с помощью зеркала и владеющие техникой взятия мазка из шейки матки, а также имеющие доступ к цитологической лаборатории для анализа мазков. Женщины с положительным результатом цервикального мазка должны быть направлены на дальнейшее обследование для подтверждения диагноза и последующее лечение.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Тестирование на наличие ВИЧ-инфекции имеет несколько потенциальных достоинств – от содействия мерам по профилактике до увеличения доступа к медицинским услугам и предупреждения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку (см. Главу 7). ВИЧ-тестирование всегда должно проводиться на добровольной основе, осуществляться медицинскими работниками, прошедшими специальную подготовку по вопросам соблюдения требований строгой конфиденциальности и индивидуального подхода в работе с пациентами, и включать в себя консультирование до и после прохождения тестирования.

ПОКАЗАНИЯ К ОБСЛЕДОВАНИЮ

В большинстве регионов службы по добровольному консультированию и тестированию на наличие вируса ВИЧ должны предоставляться:

- в учреждениях, где проводится плановое антенатальное наблюдение или в других медицинских учреждениях, связанных с учреждениями, оказывающими антенатальную помощь;
- каждому, кто хочет знать свой ВИЧ-статус (наличие или отсутствие ВИЧ-инфекции), включая половых партнеров беременных женщин.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Для диагностирования ВИЧ-инфекции существует много видов анализов (тестов). До сообщения пациенту результатов анализа в случае положительной реакции на наличие ВИЧ, ВОЗ рекомендует проводить подтверждающее (контрольное) тестирование, используя другой, отличный от первого, метод исследования.

ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Услуги по консультированию и тестированию на наличие ВИЧ-инфекции должны предоставляться пациентам медицинских учреждений по охране репродуктивного здоровья непосредственно на месте или по направлению. Комплекс услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию включает:

- консультацию до прохождения тестирования;
- ВИЧ-тест и подтверждающий анализ;
- консультацию по результатам тестирования и направление в специализированные учреждения, если имеются показания.

Консультирование и тестирование на наличие вируса ВИЧ должны проводиться на добровольной основе и обязательно с согласия пациента. Тестирование на ВИЧ-инфекцию никогда не должно проводиться по требованию другого лица, а результаты анализа должны передаваться лично самому пациенту.



ГЛАВА 4. ПРОСВЕЩЕНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЮ ИППП/ИРО

Основные положения

- Санитарное просвещение по вопросам профилактики ИППП/ИРО должно охватывать следующие темы:
 - **правильное и регулярное использование презервативов,**
 - **ограничение количества половых партнеров** или воздержание от вступления в половые отношения в подростковом возрасте,
 - **распознавание симптомов** и своевременное обращение за медицинской помощью.
- Предоставление необходимой информации по проблемам ИППП/ИРО занимает немного времени. Все пациенты с ИППП/ИРО должны быть проинформированы о важности доведения курса лечения до конца и способах предупреждения повторного заражения.
- Партнеры пациентов, проходящих лечение от инфекций, приобретенных половым путем, также должны пройти курс терапии. Если же заражение ИРО произошло неполовым путем, **лечение партнеров** необязательно. Медицинские работники должны стараться избегать ошибочного отнесения заболеваний к разряду ИППП, в тех случаях, когда они таковыми не являются.
- **Консультирование** всегда должно быть гибким, отвечать индивидуальным потребностям и обстоятельствам каждого пациента и принимать во внимание **факторы, препятствующие изменению их поведения.**
- При консультировании пациентов необходимо делать особый акцент на важности профилактики ИППП/ИРО для:
 - **сохранения репродуктивной способности,**
 - обеспечения безопасной беременности и предотвращения врожденных инфекций у детей
 - снижения риска ВИЧ-инфекции,
 - помощи находить пути, позволяющие людям жить здоровой и приносящей удовлетворение половой жизнью.
- При рассмотрении проблем профилактики ИППП/ИРО вопросы сексуальных отношений должны обсуждаться прямо и открыто.

Люди могут быть подвержены **рisku** заражения ИППП из-за собственного поведения, которое им трудно изменить в силу определенных факторов или личных обстоятельств (включая гендерные и иные социальные нормы, характерные для данной культурной среды, тяжелое материальное положение, миграцию и распад семьи), которые ограничивают их возможности выбора и повышают степень их **уязвимости**. Для эффективного снижения факторов риска и уязвимости людям, возможно, требуется не только информация о путях передачи ИППП, но и поддержка в изменении образа их жизни. Медицинские работники могут оказать им помощь посредством:

- **повышения грамотности** пациентов по вопросам охраны здоровья во время их визитов в медицинские учреждения;
- предоставления **консультаций**, помогающих людям изменить поведение;
- проведения **просветительской работы** среди населения для повышения уровня осведомленности об ИППП/ИРО и содействия изменению негативных представлений и подходов, которые зачастую являются препятствием для здоровых половых отношений.

Между санитарным просвещением и консультативной деятельностью есть принципиальная разница. Санитарное просвещение заключается в изложении необходимой информации об основных методах профилактики или лечения ИППП/ИРО и не занимает много времени. В отличие от него, консультирование требует времени для установления доверительных отношений с пациентом, оценки его индивидуальных обстоятельств и соотнесения рекомендаций по мерам профилактики непосредственно с его образом жизни. У перегруженного работой медицинского персонала редко хватает времени на то, чтобы беседовать с каждым пациентом и консультировать его по ИППП/ИРО.

Предметом рассмотрения в данной главе являются санитарно-просветительские и консультативные мероприятия, которые должны проводиться на уровне медицинских учреждений и которые в общих чертах приведены в Табл. 4.1. Проблемы просветительской работы на уровне населения обсуждаются в Главе 5.

Таблица 4.1. Этапы санитарно-просветительской и консультативной работы с пациентами

Санитарное просвещение			Консультации
Для повышения осведомленности	Для предупреждения заболевания	В рамках курса лечения ИППП/ИРО	
Провести беседу о типах ИППП/ИРО и их осложнениях	Разъяснить необходимость правильного и регулярного использования презервативов	Обратить особое внимание на важность соблюдения режима лечения	Обсудить факторы риска и уязвимости
Объяснить симптомы заболеваний и способы их распознавания	Рекомендовать ограничить число половых партнеров	Рекомендовать пользоваться презервативами (в том числе и в период лечения во избежание повторного заражения)	Обсудить барьеры, препятствующие эффективной профилактике
Рекомендовать своевременно обращаться за медицинской помощью	Рекомендовать воздержаться от раннего вступления в половую жизнь (при работе с молодежью)	Убедить пациентов в необходимости направления их половых партнеров на лечение	Обсудить пути решения проблем и выработать навыки более безопасного секса
			Составить план и последующий курс действий

СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Соблюдение врачебной тайны (секретность) и конфиденциальность являются необходимыми условиями успешной работы с пациентами во всех ее аспектах – заполнение и ведение медицинских карт и историй болезни, обследование, санитарное просвещение и консультирование. Это особенно важно в ситуациях, когда речь идет о таких «предосудительных», с точки зрения широкой общественности, заболеваниях, как ИППП. Каждый человек имеет право на конфиденциальность медицинских услуг и соблюдение врачебной тайны, но отдельным категориям пациентов – таким, как подростки, работники коммерческого сектора, водители-дальнобойщики и те, кто живут или работают на нелегальном положении или относятся к маргинальным группам населения – вероятно, в наибольшей мере нужна уверенность в том, что предоставляемые им услуги являются конфиденциальными. Многие молодые люди, особенно те, кто не состоят в браке, часто не желают обращаться за профессиональной медицинской помощью из боязни, что врачи отнесутся к ним с осуждением или неодобрением и могут сообщить о них родителям или старшим. Пациенты, независимо от возраста, будут избегать медицинское учреждение, если они чувствуют, что персонал относится к ним критически и с осуждением или нарушает врачебную тайну и конфиденциальность. Во избежание проблем, пациенты предпочтут обратиться в более отдаленные клиники в целях сохранения своей анонимности.

СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ СОБЛЮДЕНИЯ СЕКРЕТНОСТИ

Во многих учреждениях здравоохранения, особенно в тех, которые отличаются высокой загруженностью и большим скоплением людей, обеспечение надлежащих условий для проведения конфиденциального разговора с пациентом может оказаться затруднительным, несмотря на то, что это принципиально важно. Комнаты, где проводятся беседы, обследования и консультации, должны быть отделены от помещений для ожидания, таким образом, чтобы люди, ожидающие своей очереди на прием, не могли видеть или слышать, что происходит между врачом и пациентом. Результаты анализов и медицинские карты следует хранить в надежных местах, и персонал не должен вести разговоры о пациентах как внутри медицинских учреждений, так и за их пределами. Ко всем пациентам следует относиться с одинаковым уважением, независимо от подтвержденного диагноза или предположения о наличии у них ИППП, невзирая на их возраст и семейное положение. В тех случаях, когда медицинские работники, возможно, знают родственников или соседей пациента, они должны специально заверить пациентов (и их партнеров, которых, возможно, также придется пригласить на лечение) в том, что конфиденциальность будет гарантирована.

ОСНОВНЫЕ НАВЫКИ ВЕДЕНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ПО ВОПРОСАМ ИППП/ИРО

В блоке 4.1 перечислены некоторые основные навыки, которые необходимо развивать медицинским работникам для успешной просветительско-консультативной деятельности. Многие из них так же полезны при выяснении истории болезни и проведении обследования. Просветительско-консультативная работа с пациентом часто начинается на раннем этапе приема, когда врач задает вопросы о факторах риска, симптомах и признаках заболевания. Следует иметь в виду, что, например, подростки могут не признаться в том, что уже ведут половую жизнь, либо могут не распознать симптомов заболевания или беременности или постесняться говорить о них. Рекомендации в отношении способов предупреждения заболеваний должны преподноситься с учетом индивидуальных потребностей и интересов пациентов и заключаться в практических мерах, которые они должны предпринять для уменьшения опасности заражения инфекцией и развития осложнений.

Блок 4.1. Профессиональные навыки просветительско-консультативной деятельности

- Доброжелательно приветствуйте вашего пациента, обращаясь к нему/ней по имени, и представьтесь сами.
- Заверьте вашего пациента, что секретность и конфиденциальность беседы будет гарантирована.
- Сядьте на достаточно близком расстоянии от пациента, располагая его к спокойной и доверительной беседе.
- Во время беседы старайтесь смотреть в глаза пациенту.
- Используйте терминологию, которая будет понятна пациенту.
- Внимательно слушайте пациента и следите за его жестикой и мимикой (поза, выражение лица, взгляд и т.д.). Попытайтесь понять его чувства, переживания и точку зрения.
- Активно поддерживайте разговор – кивком или словами «Расскажите об этом подробнее».
- В беседе используйте вопросы, предполагающие развернутые ответы (в отличие от вопросов, на которые можно ответить только «да» и «нет»).
- Сообщайте соответствующую, относящуюся к делу информацию.
- Старайтесь определить реальные проблемы и тревоги пациента.
- Предложите пациенту различные варианты их решения.
- Уважайте право выбора пациента.
- Всегда проверяйте, насколько правильно пациент понял все то, о чем шел разговор, попросив его повторить наиболее важные моменты.
- Не рекомендуется:
 - постоянно входить и выходить из комнаты во время приема
 - позволять другим медработникам прерывать беседу
 - постоянно делать записи во время рассказа пациента
 - высказывать осуждающие замечания или выражать негативное отношение своим видом.

САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Все пациенты должны быть осведомлены о видах ИППП/ИРО, путях их распространения и способах их предупреждения. Медицинские работники должны выражать позитивное отношение к сексуальной природе человека и подчеркивать достоинства **здоровой половой жизни** в условиях, когда здоровье и репродуктивные способности не подвергаются риску. В информационном блоке 4.2 приводится перечень основных сведений, которые следует сообщать пациентам в рамках курса санитарного просвещения. Кроме того:

- Если пациентка обратилась в клинику по вопросам планирования семьи, с ней должна быть проведена беседа об ИППП/ИРО, о том, как уберечься от заражения ими и как распознать признаки этих заболеваний. В ходе беседы следует обратить особое внимание на то, что правильное и регулярное использование презервативов является единственным способом предупреждения одновременно нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путем (двойная защита).
- Если пациентка беременна, необходимо, чтобы она осознала всю важность предотвращения ИППП/ИРО в период беременности, а также прохождения обследования на наличие сифилиса, ВИЧ или других инфекций, которые могут представлять опасность для ее здоровья или исхода ее беременности.
- Пациентам, которые обращаются в клинику с симптомами ИППП/ИРО, должно быть настоятельно рекомендовано пройти назначенное лечение. Следует также обсудить с ними меры профилактики и, если заболевание приобретено половым путем, пригласить на лечение их половых партнеров (см. Главу 8).

Более конкретные советы в отношении интегрирования санитарно-просветительских и консультативных функций в деятельность медицинских учреждений по планированию семьи и дородовому наблюдению можно найти в Главе 6 и в Главе 7.

Блок 4.2. Памятка: «Что надо знать пациентам»

Общая информация об ИППП/ИРО

- Каким образом ИППП передаются от одного человека к другому (в то время, как ИРО не передаются).
- Каковы последствия ИППП/ИРО, в том числе бесплодие и неблагоприятные исходы беременности.
- Как связаны между собой ИППП и ВИЧ-инфекция и какое поведение способствует распространению этих инфекций.

Меры предупреждения ИППП

- Где можно достать презервативы
- Правильное и регулярное пользование презервативами (особенно при вступлении в половую связь с новыми партнерами).
- Сокращение числа половых партнеров.
- Воздержание от вступления в сексуальные отношения в подростковом возрасте.
- Использование альтернативных вариантов секса, не включающих проникающий половой акт.
- Выработка навыков обсуждения с партнерами вопросов безопасного секса.

Здоровая половая жизнь

- Нормальные биологические и эмоциональные изменения.
- Положительные эффекты от здоровой половой жизни.
- Когда и каким образом можно получить консультативную помощь по поводу тех или иных проблем.

Симптомы ИППП/ИРО

- На что обращать внимание и что означают различные симптомы.
- Своевременное обращение за медицинской помощью.

Лечение ИППП/ИРО

- Как правильно принимать назначенные препараты.
- Необходимость воздержания от секса или обязательное пользование презервативами при половых контактах в период лечения.
- Важность направления партнера на лечение.
- Признаки, требующие повторного обращения в клинику.

Большая часть этой информации может быть представлена группам пациентов, пока они ожидают своей очереди на прием к врачу. Инструктор по санитарному просвещению или другой медицинский работник может получить специальную подготовку по методике проведения занятий о сексуальном здоровье, включая меры профилактики ИППП, с использованием плакатов или других наглядных пособий для лучшего восприятия информации. В некоторых клиниках эта информация может быть представлена в форме аудио или видеозаписей. Но какой бы метод подачи материала ни использовался, пациентам должна быть предоставлена возможность обсудить полученную информацию и задать интересующие их вопросы в доверительной беседе при прохождении обследования или во время консультации у врача.

Такие групповые занятия могут помочь пациентам определить свои проблемы и уточнить конкретные вопросы. Санитарное просвещение должно продолжаться и во время консультации и обследования. Например, если пациентка жалуется, что ей трудно уговорить своего партнера пользоваться презервативами, медицинский работник может помочь ей выработать навыки убеждения партнера в необходимости использования презервативов. В конце консультации следует обязательно обобщить наиболее важные пункты и дать пациенту возможность задать вопросы.

ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА С ПАЦИЕНТОМ ПО ВОПРОСАМ БЕЗОПАСНОГО СЕКСА

Известно, что определенные типы поведения увеличивают риск заражения ИППП/ИРО. Это в частности происходит в случае полового, орального или анального сексуального контакта без использования средств предохранения. В других ситуациях, например, при оказании платных сексуальных услуг, бывает трудно воспользоваться презервативом или иными методами защиты.

Безопасный секс (см. Блок 4.3) способен принести больше удовольствия обоим партнерам, поскольку маловероятно, что он может стать причиной беспокойства, дискомфорта или заболевания. Следует подчеркнуть, что безопасный секс не перестает быть настоящим сексом – партнеры могут вместе обсуждать практику половых контактов, постигая различные пути удовлетворения друг друга.

Блок 4.3. Что такое безопасный секс?

Безопасным сексом являются любой половой акт, который уменьшает риск передачи ИППП и ВИЧ от одного партнера другому. При безопасном сексе не допускается проникновение в организм спермы, вагинальной жидкости или крови через влагалище, анус или любую открытую ранку или повреждение на коже или слизистой.

Некоторые рекомендации относительно безопасной практики половых контактов

- Пользуйтесь презервативом при каждом половом акте (особенно с новыми половыми партнерами).
- Сокращайте количество своих половых партнеров – моногамные половые отношения с неинфицированным партнером являются самыми безопасными.
- Вместо проникающего полового акта попробуйте прибегнуть к массажу, поглаживаниям, легким прикосновениям, «сухим» поцелуям (без соприкосновения со слизистой полости рта), объятиям или мастурбации.
- Избегайте опасной практики половых контактов, такой, например, как «сухой секс», который может привести к повреждению слизистой – во время полового акта влагалище должно быть влажным.
- При анальном сексе, всегда пользуйтесь презервативом со смазкой, так как слизистая оболочка прямой кишки легко ранима.
- **ИЗБЕГАЙТЕ** влагалищных или оральных половых контактов в случае, если у вас или вашего партнера имеются язвы на гениталиях или патологические выделения из влагалища или уретры.

ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА С ПАЦИЕНТОМ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ ИМ ЛЕЧЕНИЯ ИППП/ИРО

Пациентам, которым назначено лечение ИППП/ИРО, нужна дополнительная информация, чтобы убедить их в необходимости прохождения полного курса терапии и помочь избежать повторного заражения. В Блоке 4.4 обобщен основной материал, который предназначен для пациентов, проходящих лечение ИППП/ИРО.

Блок 4.4. Санитарное просвещение при работе с пациентом в период лечения ИППП/ИРО

- Настоятельно советуйте пациентам обращаться за квалифицированной медицинской помощью в свою поликлинику или к врачу. Не рекомендуйте заниматься самолечением или принимать лечебные средства из нелегализованных источников.
- Убеждайте пациентов в необходимости пройти полный курс терапии. Преждевременное прекращение лечения сразу после исчезновения симптомов заболеваний является типичной причиной неэффективного лечения. Не рекомендуйте пациентам делить предписанные дозы препаратов со своими партнерами.
- Избегайте относить заболевание к категории инфекций, передаваемых половым путем, пока диагноз еще окончательно не установлен. Многие ИРО не передаются половым путем, и это следует объяснить пациентам (равно как и их партнерам).
- Рекомендуйте, чтобы половые партнеры также прошли курс лечения в случаях, когда это необходимо (см. Главу 8). Лечение партнера показано при наличии у женщины генитальных язв, признаков цервицита или ВЗОМТ, однако консультировать пациентов по этому вопросу следует очень осторожно во избежание неверного понимания ситуации и потенциального конфликта между партнерами.
- Подчеркните, какие меры могут предпринимать пациенты, чтобы обезопасить себя от повторного заражения. В частности, это предполагает информирование пациентов о возможных способах безопасного секса (см. Блок 4.3) и о необходимости пользования презервативами, но могут потребоваться и более подробные консультации.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Медицинские работники призваны играть важную роль, помогая женщинам и мужчинам в выборе эффективных превентивных стратегий. Консультирование представляет собой более многосторонний и детализированный процесс, чем санитарное просвещение, и требует больше времени. В связи с этим в медицинских учреждениях, обслуживающих большое количество людей, возможно, имеет смысл иметь в штате специального сотрудника для ведения консультативной работы с пациентами. В функции такого сотрудника может входить предоставление и других услуг, например, добровольное консультирование и тестирование на наличие ВИЧ-инфекции. Эффективная консультативная помощь должна быть ориентирована на анализ индивидуальных факторов риска и поиск путей уменьшения степени уязвимости каждого конкретного пациента (см. Блок 4.5).

Блок 4.5. Элементы эффективной консультативной деятельности

Постарайтесь понять, насколько ситуация, в которой находится человек, может способствовать повышению риска и его уязвимости в отношении ИППП. Не забывайте, что в жизни человека могут быть обстоятельства, которые сложно изменить (например, алкоголизм, вынужденная проституция как средство выживания и др.) и которые существенно затрудняют соблюдение рекомендаций по безопасному сексу.

Предоставляйте пациенту информацию. Доводите до сведения пациентов ясную и точную информацию о поведении, которое может увеличить риск заражения, о тяжелых последствиях ИППП и конкретных способах защиты от них.

Определите барьеры. Что мешает кому-то изменить свое поведение? Обусловлено ли это его личными взглядами, недостаточной осведомленностью или социальными факторами – например, необходимостью угодить половому партнеру? Что из вышеперечисленного можно изменить и каким образом?

Помогайте людям в поиске стимулов к снижению степени их риска. Людям часто свойственно изменять свое поведение под впечатлением реальных случаев, известных им из собственного опыта. Встреча с человеком, который инфицирован вирусом ВИЧ или болен СПИДом, случай с родственницей или подругой, которая стала бесплодной в результате перенесенного ИППП/ИРО, или новость о наличии у партнера инфекционного заболевания, – все эти впечатления могут побудить человека изменить свое поведение.

Устанавливайте цели для снижения риска. Определите краткосрочные и долгосрочные цели, которые пациент считает реалистичными.

Отрабатывайте практические навыки. Учите пациентов, как обсуждать с партнером практику их половых контактов, показывайте, как пользоваться презервативами, и проводите тренировочные разговорные ролевые игры.

Предлагайте несколько вариантов выбора. Людям необходимо сознавать, что у них есть выбор и они могут принимать самостоятельные решения. Обсудите альтернативные модели поведения, которые сопряжены с меньшим риском.

Планируйте, что делать в случае возможных неудач. Отрабатывайте сценарии, как вести себя в сложной ситуации (например, когда муж раздражается или отказывается от предложения воспользоваться презервативом).

Вся сообщаемая информация должна быть адаптирована с учетом потребностей конкретного лица или пары. Чтобы найти для каждого пациента правильный баланс между надежными средствами предупреждения нежелательной беременности и мерами профилактики ИППП (двойная защита), со стороны врача требуется **гибкий подход к консультативной работе**.

- Предупреждение беременности может быть главной заботой для молодых, незамужних пациенток, которые могут не знать или не задумываться о риске заражения ИППП (см. Блок 4.6). Разъяснение риска заражения ИППП может увеличить их мотивацию использовать презервативы для обеспечения двойной защиты или побудить их пока воздержаться от вступления в половые контакты.
- Женщины и мужчины в раннем репродуктивном возрасте – независимо от того, пользуются в настоящее время средствами контрацепции или нет – часто далеко не безразлично относятся к своей способности иметь детей в будущем. Подчеркивание важности предупреждения ИППП для сохранения здоровья семьи и репродуктивных функций может явиться эффективным способом мотивации.
- Беременных женщин и их партнеров, которые заинтересованы в благополучном течении и исходе беременности, можно мотивировать к профилактике инфекционных заболеваний, указывая на то, что это позволит сократить риск внутриутробного инфицирования плода.
- Для некоторых людей вопрос предупреждения беременности не является актуальным – например, если у женщины перевязаны маточные трубы, наступила менопауза или она уже беременная. Но при этом она все равно не застрахована от опасности заражения ИППП и может нуждаться в консультации о способах защиты.

Блок 4.6. Особенности консультирования молодых людей

- Консультирование молодых людей может занять больше времени.
- Юноши и девушки должны быть уверены в том, что сохранение врачебной тайны и конфиденциальность будут гарантированы.
- Постарайтесь выяснить, есть ли у вашего юного пациента близкий человек, с которым он может поделиться своими проблемами.
- Не упускайте из виду возможность сексуального насилия или домогательства. При большой разнице в возрасте между партнерами более высока вероятность принудительных половых контактов, в силу чего они могут быть сопряжены с повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией или ИППП.
- Убедитесь, что пациент имеет представление о естественном процессе сексуального развития и знает, каким образом наступает беременность.
- Убедитесь, что пациент понимает, что можно отказаться от сексуальных отношений.
- В просветительско-консультативной работе с молодежью может оказаться полезным использование методов взаимного обучения.
- Убедитесь, что подростки могут себе материально позволить все необходимые для лечения ИРО препараты и смогут довести лечение до конца. Молодые люди особенно склонны к тому, чтобы прекращать или прерывать лечение, если у них появляются неожиданные побочные эффекты.
- Назначайте контрольные визиты в удобное для них время.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ОЦЕНКА УЯЗВИМОСТИ

Очень немногие люди могут просто воспринять информацию о том, что для них вредно и что полезно, и соответствующим образом скорректировать свой образ жизни. Медицинские работники должны иметь представление об обстоятельствах и особенностях поведения, влияющих на степень риска и уязвимости молодых людей в отношении ИППП, и с учетом этого давать реалистичные рекомендации по изменению поведения. На риск и уязвимость воздействуют не только поведенческие, но и другие факторы – такие, как возраст, половая принадлежность, место проживания и работы, а также социальные, культурные и экономические факторы – изменить которые человек уже не в силах. Мигрирующие рабочие, длительные периоды времени живущие вдали от своих семей, могут вступать в небезопасные половые связи, чтобы скрасить свое одиночество; малообеспеченные люди часто имеют очень ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию; а некоторые женщины и мужчины вынуждены оказывать платные сексуальные услуги, чтобы выжить самим или прокормить свои семьи.

Понимание таких факторов позволяет медработникам осуществлять свою консультативную деятельность на основе реалистичного подхода, с учетом особых жизненных обстоятельств каждого пациента, которые не всегда можно изменить. Реальная оценка риска может также помочь в принятии решений о наиболее эффективных методах ведения ИРО (см. Табл. 4.2).

Таблица 4.2. Влияние индивидуального риска на принятие решений по охране репродуктивного здоровья – выбор методов профилактики, диагностики и лечения ИППП/ИРО

	Высокий риск	Низкий риск
Выбор средств контрацепции (см. Главу 5)	Женщины, имеющие многочисленных половых партнеров, должны использовать презервативы либо сами по себе, либо в дополнение к другому методу контрацепции.	Для супружеских пар со стабильными взаимно моногамными отношениями нет необходимости в двойной защите.
Диагностика ИРО	Обследование на ИППП (при наличии соответствующих ресурсов) должны проходить в первую очередь пациенты, имеющие многочисленных половых партнеров или подверженные другим видам риска. На наличие рака шейки матки в первую очередь должны обследоваться женщины в возрасте старше 35 лет, поскольку они подвержены более высокому риску заболеваемости.	В период беременности, за исключением обязательного тестирования на сифилис, пациентки, не имеющие симптомов и не подверженные явному риску инфицирования, не нуждаются в прохождении обследований на наличие других ИППП.
Лечение ИРО (см. Главу 8)	Девушки-подростки при наличии у них вагинальных выделений, а также при наличии выделений у их партнеров должны пройти лечение цервикальных инфекций в дополнение к лечению вагинальных инфекций и получить консультации по поводу необходимости лечения партнера и профилактики ИППП.	Женщины с вагинальными выделениями, имеющие моногамную и стабильную семейную жизнь, скорее всего, мало подвержены риску заражения ИППП и должны пройти лечение обычных вагинальных инфекций (См. схему 0, с. 119)
Консультации (см. Главу 4)	Консультации должны проводиться с учетом конкретных моделей полового поведения, сопряженного с высоким риском	Женщины, не подверженные явному риску, не нуждаются в продолжительных консультациях (и могут быть недовольны, если им навязывают лишнюю информацию)
Лечение партнера (см. Главу 8)	Решение о лечении партнера должно быть принято с учетом обстоятельств и взаимоотношений супружеской пары. В случае, когда один из супругов имеет внебрачные половые связи или часто находится в разъездах, может быть целесообразно назначить лечение ИППП обоим партнерам, даже когда на основании симптомов невозможно с уверенностью утверждать, что это ИППП.	При многих ИРО лечения партнера не требуется, так как они не передаются половым путем. В сомнительных случаях к вопросу об информировании и лечении партнера следует подходить очень деликатно; при этом пациенту должна быть предоставлена возможность самостоятельно принять решение.

К сожалению, не существует метода, позволяющего безошибочно оценить риск, которому подвержено то или иное лицо. Таблица 4.3 может помочь медицинским работникам подходить к ведению пациента на основе практического опыта, знания особенностей местного населения и опираясь на мнение пациента в отношении своей подверженности риску заражения ИППП. Обсуждение реальных проблем, возможно, позволит пациентам найти решение, которое пойдет им на пользу.

Таблица 4.3. Факторы, которые необходимо учитывать при оценке риска

Осведомленность о распространенности ИППП среди местного населения или в конкретных социальных группах	<p>Обычно ИППП более распространены среди:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ работников коммерческого секса, клиентов, пользующихся их услугами, и партнеров тех и других; ▪ людей, которые вступают в небезопасные половые контакты за деньги, подарки или покровительство, причем сами эти люди могут не причислять себя к проституткам или к группам повышенного риска; ▪ рабочих-мигрантов и людей, которые по роду своей деятельности находятся в частых разъездах и проживают вдали от семьи; ▪ подростков и молодежи.
Информация, полученная от пациентов	<p>Подверженность повышенному риску можно предполагать в случае, если у пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ имеется несколько половых партнеров; ▪ недавно появился новый половой партнер; ▪ имеется партнер с симптомами ИППП.
Профессиональное мнение медицинского работника	<p>Наряду с вышеперечисленными факторами, при оценке риска медицинские работники могут руководствоваться собственным профессиональным мнением и знанием социальной среды.</p>
Пациент считает, что у него существует риск заражения	<p>В некоторых ситуациях бывает сложно задавать слишком интимные вопросы о половом поведении, которое может быть связано с повышенным риском, или пациентка, возможно, не склонна на них отвечать. В таких случаях, может быть, целесообразно просто спросить ее, считает ли она себя подверженной опасности заражения ИППП. Такой вопрос может привести к дополнительным вопросам и более подробной беседе, или же женщина может просто подтвердить, что она подвержена такому риску, даже если она отказывается от обсуждения деталей.</p>

ПОМОЩЬ В ИЗМЕНЕНИИ ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Какова бы ни была ситуация, пациенты должны быть осведомлены об ИППП/ИРО и их последствиях, о поведении, которое повышает риск заражения, и о способах предупреждения заболевания. Им также необходимо оказать помощь и дать совет в отношении того, как лучше уговорить партнеров на более безопасный секс, включая использование презервативов.

Используя свои консультативные навыки, медицинские работники могут убедить женщин и мужчин избрать для себя более безопасные модели полового поведения, отвечающие их потребностям. В Блоке 4.7 представлены некоторые рекомендации, которые могут быть полезны при консультировании пациентов по проблемам обсуждения с их партнерами практики безопасного секса.

Блок 4.7. Обсуждение с партнерами более безопасной практики половых контактов

Умение договориться со своим партнером о более безопасном сексе, в принципе, мало чем отличается от способности договариваться о любых других вещах, которые мы заинтересованы получить. Поэтому полезно подумать о том, как нам удастся договариваться по другим вопросам. Для начала человеку надо решить, чего он или она хотят добиться и что он или она могут предложить взамен.

Делайте основной упор на безопасность

Предлагая партнеру более безопасный способ половых контактов, следует делать упор на безопасность и стараться, чтобы это не воспринималось как проявление недоверия, упрек или наказание. По вопросу безопасности легче достичь согласия, так как от этого выигрывают оба.

Приводите в пример других

Знание о том, что другие практикуют более безопасный секс, может помочь сделать первую попытку.

В случае необходимости обращайтесь за помощью

Возможно, убедить партнера будет легче, если для обсуждения вопроса о безопасном сексе призвать на помощь какого-то другого человека, пользующегося его доверием.

Одним из примеров такого рода переговоров между партнерами является обсуждение вопроса об использовании презервативов. В Блоке 4.8 предложены некоторые варианты ответов на наиболее типичные возражения со стороны партнеров, когда их просят воспользоваться презервативом.

Блок 4.8. Помощь женщинам в выработке навыков обсуждения с партнерами вопроса об использовании презерватива

Если он говорит:	Попытайтесь сказать:
Я не получу такого удовольствия...	Может быть, ощущения и будут немного другими, но это все равно будут приятные ощущения. Ну, хочешь, я докажу тебе. Ты сможешь продержаться даже дольше обычного, и тогда нам обоим будет хорошо!
Я ничем не болен!	Я тоже не думаю, что я больна. Но у кого-нибудь из нас все-таки может быть не все в порядке со здоровьем, а мы просто этого не знаем.
Ты же и так уже принимаешь противозачаточные!	Все равно я бы хотела, чтобы ты его надел. А может, кто-то из нас уже давно инфицирован, а мы и не знаем об этом.
Давай хотя бы в этот раз обойдемся без презерватива...	Достаточно всего одного раза без защиты, чтобы заразиться ИППП или ВИЧ/СПИД. И потом, я еще не готова к тому, чтобы забеременеть.
Презервативы – это только для проституток. А тебе-то они зачем?	Презервативы для всех, кто хочет обезопасить себя от всяких неприятных сюрпризов. РАЗ НИКАКИХ ПРЕЗЕРВАТИВОВ – ЗНАЧИТ НИКАКОГО СЕКСА!
Делайте все возможное, чтобы секс с презервативом доставил вам обоим удовольствие. Может быть, тогда вам будет легче уговорить его пользоваться презервативом в следующий раз.	

Консультирование пациентов о «рисках» и «защите» может восприниматься как что-то негативное, особенно подростками и другими людьми, которые испытывают смущение или чувство вины по поводу своей половой жизни. Медицинские работники должны приложить максимум усилий для поддержания положительного тона беседы и делать упор на преимущества здоровой половой жизни, когда отсутствует угроза здоровью и репродуктивным функциям.

РАЗДЕЛ 2 ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА УСЛУГ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИППП/ИРО

Раздел 1 содержит вводную информацию об ИППП/ИРО и их осложнениях, путях распространения и мерах по их предотвращению. В нем также дается обзор знаний и навыков, которыми должны владеть медицинские работники для выявления случаев ИППП/ИРО и их профилактики.

Раздел 2 содержит рекомендации по ведению ИППП/ИРО в условиях клиник по охране репродуктивного здоровья. Здесь также обсуждаются пути охвата мужчин, подростков и других категорий населения, которые обычно не пользуются услугами вышеуказанных учреждений.

Раздел 3 посвящен вопросам ведения ИППП/ИРО – способам диагностики и лечения, включая блок-схемы и таблицы лечения. Материал раздела составлен на основе проблемно-ориентированного подхода, обеспечивающего быстрый доступ к нужной информации.



ГЛАВА 5. УЛУЧШЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ИППП/ИРО

Основные положения

- Деятельность органов здравоохранения в области профилактики и предупреждения ИППП/ИРО включает в себя **устранение препятствий к получению медицинских услуг, повышение осведомленности среди населения, рекламу предоставляемых услуг и усилия, направленные на охват** той части населения, которая, как правило, не пользуется услугами учреждений по охране репродуктивного здоровья.
- Медицинские услуги должны быть **доступными и приемлемыми**, чтобы люди могли свободно обращаться за помощью в случае возникновения у них каких-либо проблем в связи с ИППП/ИРО.
- Среди населения следует проводить просветительскую работу об ИППП/ИРО и их осложнениях и разъяснять необходимость своевременного обращения за медицинской помощью.
- Для **увеличения спроса на медицинские услуги по профилактике и лечению заболеваний** следует обращать особое внимание на то, что нелеченные ИППП/ИРО могут привести к бесплодию, осложнениям во время беременности и ВИЧ-инфекции.
- Следует привлекать **мужчин** к участию в мероприятиях по профилактике ИППП/ИРО. Возможно, потребуется развитие системы специальных служб по диагностике и лечению ИППП/ИРО у мужчин.
- Медицинские службы должны охватывать в своей работе **молодых людей**, которые зачастую подвержены повышенному риску заражения ИППП/ИРО и развитию их осложнений, однако, как правило, с большой неохотой посещают клиники.
- Поиск путей охвата групп, подверженных наиболее высокому риску инфицирования – таких, как **работники коммерческого секса и их клиенты** – является ключевым пунктом в решении проблемы снижения уровня распространения ИППП в обществе.

Как отмечалось в Главе 1, в регионах, где проводится широкомасштабная профилактика и эффективное лечение, отмечается меньшая степень распространенности ИППП/ИРО и их осложнений, чем там, где услуги в этой области ограничены, не носят комплексного характера или не востребованы лицами, подверженными риску заражения. В этой главе рассматриваются возможные мероприятия, которые позволят охватить большее количество людей, нуждающихся в услугах по профилактике и лечению ИППП/ИРО, и убедить их в необходимости обращения в медицинские учреждения. К таковым относятся:

- устранение препятствий к получению медицинских услуг;
- повышение осведомленности об ИППП/ИРО и разъяснение необходимости обращения за медицинской помощью;
- охват той части населения, которая, как правило, не пользуется услугами медицинских учреждений по охране репродуктивного здоровья.

УСТРАНЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ К ПОЛУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Первым шагом на пути к увеличению спроса на медицинские услуги является устранение препятствий, которые мешают людям пользоваться ими. Выявить такие препятствия часто помогают беседы с пациентами и представителями общественности. Люди могут избегать пользования медицинскими услугами из-за таких барьеров к доступу, как:

- Законы, инструкции и нормативные документы – ограничивают ли они возможности молодежи или женщин в пользовании медицинскими услугами или, например, предусматривают обязательное разрешение родителей и супругов?
- Месторасположение – могут ли люди легко добраться до медицинского учреждения? Передвижные или вспомогательные медицинские пункты могут помочь расширить круг лиц, охваченных медицинским обслуживанием.
- Часы приема пациентов – удобно ли время работы медицинского учреждения для работающих людей, студентов и других? Специальные дежурства медицинских работников по вечерам или в выходные дни могут облегчить посещение медицинского учреждения для некоторых людей, которым сложно сделать это в другое время.
- Стоимость – могут ли люди позволить себе оплатить услуги врача, а также дополнительные расходы на лабораторные анализы и медикаменты? Цены останавливают людей, а в конечном счете обществу придется заплатить еще большую цену, если уровень ИППП/ИРО и их осложнений останется высоким.

Кроме того, могут существовать барьеры, связанные с **приемлемостью** предлагаемых услуг, включая:

- Предвзятое отношение (стигматизация) – люди нередко боятся обращаться за медицинской помощью из-за неодобрительного или осуждающего отношения к ним со стороны персонала клиник. Неуважительное обращение медицинских работников с пациентами отпугивает многих подростков от учреждений здравоохранения. Клиники по охране репродуктивного здоровья часто предназначены только для женщин или воспринимаются исключительно как женские, что мешает мужчинам пользоваться ими.
- Отсутствие конфиденциальности – пациенты и особенно молодые люди обеспокоены тем, что информация о состоянии их здоровья или половой жизни не будет носить конфиденциального характера. Поэтому стоит позаботиться о том, чтобы обеспечить конфиденциальность во время визита пациента в клинику и гарантировать секретность и сохранение врачебной тайны (см. главу 4).
- Плохая организация работы медицинского учреждения – чувствуют ли люди доверие к клинике и ее персоналу и удовлетворены ли они качеством предоставляемых услуг? Улучшение качества обслуживания способствует повышению доверия.

- Неудовлетворительное обеспечение медицинскими материалами и препаратами – смогут ли люди пройти обследование и получить необходимое лечение на месте? Если нет, то они могут предпочесть обратиться за лечением непосредственно в аптеки, чтобы сэкономить время и деньги.
- Некомпетентность и невежливость медицинских работников – чувствуют ли люди доброжелательное отношение со стороны персонала клиники? Доверяют ли они медицинским работникам?

От решения этих вопросов будет в немалой степени зависеть то, удастся ли органам здравоохранения повысить спрос на услуги по профилактике и лечению ИППП/ИРО или нет.

ПОВЫШЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ И ПОБУЖДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Даже в случае устранения всех вышеназванных препятствий, связанных с доступностью и приемлемостью медицинских услуг, некоторые люди не будут использовать медицинские службы просто в силу своего незнания о том, что у них что-то не в порядке со здоровьем. Поэтому все усилия по профилактике заболеваний, а также работа по убеждению в использовании медицинских услуг по выявлению и лечению ИППП/ИРО должны проводиться на уровне населения.

Медицинские работники должны содействовать своевременному обращению к врачу людей с симптомами ИППП/ИРО или с подозрениями на наличие у них этих заболеваний. Работа в этом направлении включает в себя следующие мероприятия:

- Повышение осведомленности об ИППП/ИРО и их последствиях;
- Просвещение людей о симптомах ИППП/ИРО и о важности обращения за квалифицированной медицинской помощью при первых признаках заболевания;
- Разъяснение необходимости прохождения специальных обследований – таких, в частности, как тестирование на сифилис, на начальных стадиях беременности;
- Реклама системы медицинского обслуживания с охватом молодежи или других уязвимых групп населения, которым, возможно, не вполне удобно пользоваться услугами здравоохранения.

Во всех обращениях к населению необходимо подчеркивать преимущества профилактики и раннего лечения по сравнению с лечением на поздних стадиях заболевания (см. Блок 5.1). Медицинские работники могут внести существенный вклад в общую деятельность органов здравоохранения по борьбе с ИППП/ИРО и помочь снизить уровень заболеваемости в обществе, находя подходы к различным категориям населения и убеждая их в значимости и важности своевременного использования медицинских услуг для лечения ИППП/ИРО.

Блок 5.1. Основные идеи, способствующие повышению спроса на медицинские услуги по профилактике и лечению ИППП/ИРО

Население должно быть осведомлено об ИППП/ИРО и знать, как их предупредить и лечить	Лучше предупредить, чем лечить – Наиболее эффективная стратегия состоит в предотвращении инфекций путем сокращения факторов риска (воздержание от половой жизни в подростковом возрасте, ограничение числа половых партнеров и/или регулярное пользование презервативами).
	Лучше лечить раньше, чем позже – Если заражение ИППП/ИРО все-таки произошло, раннее обнаружение и лечение могут избавить человека от инфекции прежде, чем она приведет к осложнениям или будет передана другим людям.
	Лучше поздно, чем никогда – Диагностика и лечение осложнений возможны, даже если первые два уровня предупреждения заболеваний упущены. Тем не менее медицинские вмешательства на этой стадии часто оказываются менее эффективными и обходятся дороже, чем в случае применения их ранее.

ОХВАТ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, ОБЫЧНО НЕ ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ УСЛУГАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Для проведения эффективной профилактики и лечения ИППП/ИРО необходимо принимать во внимание факторы, которые могут оказывать влияние на степень риска и уязвимости лиц – такие, как возраст, пол, культурная среда и род занятий. Это в равной мере относится как к контролированию уровня заболеваемости ИППП среди населения в целом, так и к работе с отдельными пациентами. Если игнорируются такие важные категории населения, как, например, мужчины или подростки, добиться успеха в борьбе с распространением ИППП в обществе будет крайне трудно. Другие социальные группы – работники коммерческого секса и их клиенты, мигранты и временные рабочие – могут быть подвержены высокому риску заражения ИППП, но при этом могут не знать о существовании служб по оказанию соответствующей медицинской помощи или стесняться пользоваться их услугами. Охват этих групп повышает эффективность мероприятий по борьбе с ИППП.

ОХВАТ МУЖСКОЙ ЧАСТИ НАСЕЛЕНИЯ

По сравнению с женщинами, мужчинам свойственно иметь более многочисленные половые связи и, соответственно, у них существует больше возможностей заражения и передачи ИППП. Вместе с тем, в отличие от женщин, у мужчин ИППП обычно протекают с выраженной симптоматикой, что заставляет их обращаться за помощью не только в клиники, но и к частнопрактикующим врачам либо в аптеки или к продавцам лекарств. Поэтому предоставление мужчинам доступа к качественным услугам по профилактике и лечению является важным элементом мероприятий по борьбе с ИППП.

Медицинские учреждения по охране репродуктивного здоровья должны, по крайней мере, предлагать услуги по лечению половых партнеров женщин из числа своих пациентов. Некоторые такие клиники, которые традиционно обслуживали только женщин, стали стараться все в большей мере охватить в своей работе и мужчин, предлагая им ряд профилактических и терапевтических услуг и, в частности, привлекая партнеров к процессу принятия решения в отношении индивидуальных средств двойной защиты (от инфицирования и незапланированной беременности). В отдельных медицинских учреждениях установлены особые часы приема или отведены специальные кабинеты для обслуживания и консультирования мужчин.

Помимо расширения комплекса медицинских услуг, предназначенных для мужчин, клиники по охране репродуктивного здоровья должны оказывать поддержку в совершенствовании деятельности тех служб, куда мужчины обращаются за помощью (частнопрактикующие врачи, аптеки), с целью создания механизмов для беспрепятственного направления на обследование, и лечение партнеров, а также решения других проблем (см. Блок 5.2)

Создание и поддержка специальных служб для мужчин по их месту работы (при ведомственных поликлиниках или здравпунктах на предприятиях) или по месту их времяпрепровождения (с охватом баров и увеселительных заведений) также поможет обеспечить им получение надлежащей помощи по профилактике и лечению ИППП. В местах, пользующихся у мужчин особой популярностью, необходимо предусмотреть возможность свободного доступа к презервативам. Клиники должны вести соответствующую работу с местными аптеками, продавцами лекарств и представителями народной медицины, с целью обеспечения достаточного уровня их осведомленности об основных принципах ведения ИППП и пониманием ими важности лечения партнеров (см. Блок 5.3)

Блок 5.2. Работа с мужской частью населения

Возможно, мужчины будут с большей серьезностью относиться ко всем призывам о профилактике ИППП, если они поймут, что ИППП угрожают их здоровью и репродуктивной способности и могут представлять опасность для жизни их жен, подруг и детей.

Ориентированные на мужчин программы медицинских учреждений по охране репродуктивного здоровья или диспансерные мероприятия по месту работы преследуют две цели:

- Убеждать мужчин, больных ИППП, в необходимости приводить или направлять на лечение их половых партнеров. Так как ИППП чаще проявляются у мужчин, чем у женщин, лечение партнера является основным способом выявления бессимптомных, нуждающихся в медицинской помощи женщин.
- Информировать мужчин о способах профилактики и в первую очередь о таком средстве защиты, как презерватив, при пользовании платными сексуальными услугами или при вступлении в случайные половые связи. Это снизит вероятность их заражения и передачи ИППП их женам.

Блок 5.3. Самолечение

Многие люди пытаются лечить ИППП самостоятельно, не прибегая к помощи врачей и медицинских учреждений. Самолечение особенно распространено среди мужчин и молодежи, которые могут приобрести антибиотики непосредственно в аптеке без рецепта врача. Работники коммерческого секса и их клиенты тоже нередко принимают антибиотики или другие лекарства в надежде, что это предохраняет их от инфекции.

Заниматься самолечением не рекомендуется по нескольким причинам. Во-первых, медицинские препараты могут быть неэффективны и зачастую продаются людьми, практически несведущими в области медицины (например, помощниками по продажам в аптеке). Во-вторых, препараты могут быть проданы в недостаточных дозах для снижения стоимости курса лечения с учетом платежеспособности клиента. В результате, заболевание остается не вылеченным (хотя симптомы на некоторое время могут исчезнуть), но при этом повышается резистентность микробов к наиболее распространенным антибиотикам.

Медицинские работники должны попытаться понять, почему люди предпочитают лечиться самостоятельно. Это может быть связано с тем, что местные поликлиники оказываются неприемлемыми по тем иным критериям – таким, как стоимость услуг, длинные очереди на прием к врачу или отсутствие уверенности в соблюдении конфиденциальности. Совершенствование и пропагандирование медицинского обслуживания могут восстановить доверие и снизить количество больных, занимающихся самолечением.

ОХВАТ МОЛОДЕЖИ

В целом, среди **молодежи** степень распространенности ИППП выше, чем среди людей более зрелого возраста. Такое положение дел обусловлено множеством социальных, поведенческих и биологических факторов. Например:

- Молодые люди, как правило, имеют больше половых партнеров и отношения с ними носят более не-продолжительный характер, в силу чего в молодежной среде существует и больше возможностей для распространения ИППП.
- Им может быть затруднительно или неудобно приобретать презервативы или пользоваться ими.
- В некоторых обстоятельствах им может быть сложно отказаться от половых контактов (вынужденная ситуация, в обмен на какие-то вещи – например, школьные принадлежности, еду или одежду).

- Они могут не понимать, в каких ситуациях и с какими сексуальными партнерами они подвергают себя особенно высокому риску инфицирования.
- Они могут быть недостаточно хорошо осведомлены о том, каковы симптомы ИППП и когда им следует обращаться за помощью.
- Они могут избегать обращаться в центры по планированию семьи или другие службы по охране репродуктивного здоровья из опасения встретить неодобрительное или осуждающее отношение со стороны персонала.
- Они могут не знать, куда им обратиться для получения конфиденциальных услуг.
- Услуги здравоохранения могут быть им не по карману.

В некоторых обществах принято, что девушки выходят замуж очень рано и до замужества имеют очень незначительный опыт половой жизни или не имеют его вообще. Тем не менее, они все равно не застрахованы от риска заражения, так как не исключено, что до брака у их мужей были другие половые связи или же они поддерживают сексуальные отношения с несколькими партнерами параллельно. Юные девушки, которые живут с мужчинами более зрелого возраста, подвержены еще большему риску приобретения инфекций (особенно неизлечимых – таких, как ВИЧ, ВПГ-2 и ВПЧ), и при этом характер их взаимоотношений таков, что секс носит зачастую принудительный характер. С биологической точки зрения, у многих девочек-подростков – особенно у тех, которые еще не достигли полной половой зрелости – ткань, покрывающая шейку матки, более уязвима в отношении инфекций, чем у взрослых женщин.

Клиникам по охране репродуктивного здоровья отводится важная роль в предоставлении качественных профилактических и терапевтических услуг для молодых людей, и они должны стараться сделать эти услуги максимально доступными и приемлемыми для молодежи. «Услуги, обращенные к молодежи» – это услуги, которые строятся на основе доверительных, уважительных и конфиденциальных отношений, ориентированы на потребности и проблемы подрастающего поколения и предоставляются квалифицированными и опытными специалистами в физически приемлемых и доступных местах. Необходимо, чтобы такие службы находили понимание и поддержку со стороны местной общественности, а процесс планирования и мониторинга их деятельности осуществлялся при непосредственном участии представителей самой молодежи.

В Блоке 5.4 перечислены некоторые моменты, которые желательно учитывать при поиске путей расширения доступа молодых людей к службам профилактики и лечения ИППП, а также некоторые важные сведения, которые следует до них донести. Юношам и девушкам нужна практическая информация и реальная поддержка в вопросах, имеющих прямое отношение к их образу жизни (в том числе и их половой жизни), а также доступ к соответствующим услугам и средствам. Санитарное просвещение, которое ограничивается только призывами к воздержанию и сохранению верности своим половым партнерам, так и оставляет женщин и девушек не информированными о других способах уменьшения риска инфицирования, лишая их возможности обсуждать со своими партнерами более безопасную практику половых контактов, позволяющую уменьшить такую опасность.

Совершенствование консультативно-медицинских услуг и повышение степени их приемлемости и доступности для молодежи обеспечивает профилактику и лечение одной из групп населения, подверженных повышенному риску, и существенно увеличивает их шансы избежать опасности инфицирования, не отказывая себе в удовольствии вести полноценную здоровую половую жизнь. Препятствия, которые мешают молодым людям получать определенные услуги – в частности, обращаться за презервативами и средствами контрацепции, нередко обусловлены не вполне адекватным отношением родителей, врачей и общества сексуальным потребностям молодежи, включая отказ и стеснение признавать эти потребности. Такие препятствия должны быть устранены. Просветительская работа с молодежью вне медицинских учреждений и применение методов взаимного обучения могут помочь охватить молодых людей в различных местах, которые, возможно, не знают или не имеют доступа к таким услугам.

В некоторых странах официально установленный возраст, с наступлением которого разрешается самостоятельно пользоваться медицинским обслуживанием, отличается от возраста, по достижении которого лица правомочны давать согласие на половые отношения. Работникам здравоохранения необходимо

выяснить правовые вопросы в отношении работы с подростками, не достигшими возраста, дающего права на самостоятельное обращение за медицинской помощью. В идеальном случае лечение или иные медицинские услуги должны разрешаться, если существует реальная угроза благополучию несовершеннолетнего. В ряде стран предоставление любой медицинской помощи подросткам или незамужним девушкам считается незаконным. Общественность должна выступать за изменение таких правил.

Блок 5.4. Работа с молодежью

<p>Услуги должны предоставляться с учетом удобства для пациентов и носить конфиденциальный характер. В качестве возможных способов контрацепции следует поощрять использование барьерных методов (с применением экстренной контрацепции как запасного варианта), а консультативная работа должна быть сфокусирована на развитии коммуникационных навыков для оказания молодым людям помощи в обсуждении со своими партнерами более безопасной практики половых контактов.</p>	<p>Рекомендуемые молодым людям более безопасные модели поведения в сфере сексуальных отношений включают в себя:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ воздержание от вступления в половую жизнь до наступления более зрелого возраста;▪ приобретение навыков правильного и регулярного использования презервативов;▪ использование двойной защиты для предупреждения незапланированной беременности и ИППП;▪ ограничение числа половых партнеров;▪ отказ от опасной практики половых контактов с любым партнером (особенно от вагинального или анального секса без использования средств предохранения);▪ знание симптомов ИППП и незамедлительное обращение за медицинской помощью при их обнаружении.
--	--

РАБОТНИКИ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА И ДРУГИЕ КАТЕГОРИИ ЛИЦ, ИМЕЮЩИЕ МНОГОЧИСЛЕННЫХ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ

Некоторые лица имеют более высокий риск заражения ИППП в силу того, что они часто меняют своих половых партнеров. Чем больше у человека половых связей, тем больше у него возможностей быть инфицированным ИППП, а также передачи инфекции кому-то еще. Мероприятия, с вовлечением людей, подверженных повышенному риску ИППП, имеют наибольший эффект на уменьшение дальнейшей передачи ИППП среди населения (см. Блок 5.5)

Таким образом, охват этих групп качественными профилактическими и терапевтическими услугами имеет огромное значение для эффективной борьбы с ИППП в обществе. Эффективные программы по охвату групп повышенного риска, программы взаимного обучения и предоставления медицинских услуг работникам коммерческого секса были разработаны с использованием передвижных медицинских пунктов или установлением для таких пациентов специальных часов приема в обычных клиниках. Развитие таких услуг способствовало снижению уровня заболеваемости ИППП среди населения.

Блок 5.5. Предоставление услуг работникам коммерческого секса и их клиентам

<p>К числу факторов, препятствующих успешной борьбе с ИППП среди работников коммерческого секса, относятся ограниченный доступ к эффективной профилактике и лечению, а также тяжелые социальные условия, которые не позволяют работникам коммерческого секса настаивать на использовании партнерами презервативов.</p> <p>Услуги должны предоставляться с учетом удобства для пациентов и носить конфиденциальный характер. Просветительская работа должна быть организована таким образом, чтобы охватывать работников коммерческого секса, которые не имеют прямого доступа к медицинским услугам. Взаимное обучение оказывает поддержку работникам коммерческого секса в их требованиях по более безопасным условиям работы. Работники здравоохранения должны поддерживать усилия правозащитных и социальных организаций, направленные на снижение преследования работников коммерческого секса, и содействовать более широкому обеспечению профилактических и терапевтических услуг в целях улучшения состояния здоровья населения в целом.</p>	<p>Предоставляемые работникам коммерческого секса услуги по профилактике и лечению ИППП/ ИРО должны включать в себя:</p> <ul style="list-style-type: none">■ обеспечение презервативами (и смазывающими гелями) и рекомендациями в отношении их регулярного и правильного использования;■ обследование на наличие ИППП или превентивное лечение ИППП;■ лечение лиц, имеющих симптомы ИППП или тех, кто был в контакте с больным ИППП;■ двойная защита для предупреждения незапланированной беременности, а также ИППП/ИРО.
---	---

ДРУГИЕ ГРУППЫ

Зачастую ИППП наиболее распространены среди определенных групп населения, таких, как переселенцы и мигранты, военнотрудовые, заключенные и уличные дети. Мероприятия по обеспечению эффективного профилактического и терапевтического обслуживания для этих групп с большой вероятностью пойдут на благо всего общества.

Женщины после наступления менопаузы могут пользоваться, а могут и не пользоваться услугами медицинских учреждений по охране репродуктивного здоровья, тем не менее, они могут оставаться сексуально активными и уязвимыми в отношении половых инфекций. Кроме того, женщины, не подверженные риску забеременеть – включая также тех, которые выбрали для себя средства постоянной контрацепции – возможно, менее мотивированы к тому, чтобы пользоваться презервативами. Вместе с тем им может быть сложнее убедить своих партнеров в необходимости пользования презервативами. Консультирование таких женщин по вопросам использования презервативов для защиты от ИППП должно оставаться важной составной частью любой медицинской консультации. Для женщин старшего возраста также необходимо проходить обследование на наличие некоторых заболеваний, развившихся в результате ранее перенесенных ИППП/ИРО (таких, как рак шейки матки).

Дети тоже уязвимы в отношении ИППП, причем правильный диагноз может быть трудно установить, поскольку у лиц, не достигших половой зрелости, ИППП часто имеют нетипичные проявления. Становится все очевиднее, что во многих обществах сексуальное насилие над малолетними является более распространенным явлением, чем было принято считать ранее. Такие дети должны направляться в медицинские учреждения, которые могут оказать им действенную и чуткую помощь. Информация о работе с пациентами, подвергшимися сексуальному насилию, представлена в Главе 10.



ГЛАВА 6. ОЦЕНКА ИППП/ИРО У ПАЦИЕНТОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ПО ВОПРОСАМ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Основные положения

- Вопросы ИППП/ИРО и способы профилактики должны обсуждаться со всеми пациентами, обращающимися в медицинские учреждения по планированию семьи, во время каждого их посещения. При каждой возможности следует рекомендовать использование двойной защиты – от незапланированной беременности и ИППП/ИРО.
- Презервативы способны обеспечить высокоэффективную двойную защиту при условии их правильного и регулярного использования. На сегодняшний день, это единственный метод, который обеспечивает двойную защиту.
- Относительно применения ВМС, эксперты проводят различие между женщинами с повышенным риском заражения ИППП и теми, кто имеет очень высокую индивидуальную вероятность контакта с партнером, у которого имеется гонорея или хламидийная инфекция. Таким образом, к первой группе можно отнести, например, женщин, проживающих на территории с высокой распространенностью ИППП, тогда как ко второй группе можно отнести молодых сексуально активных женщин, которые отметили наличие уретральных выделений у нынешнего (или прежнего) сексуального партнера. ВОЗ считает, что проживание на территории с высокой распространенностью ИППП не является достаточной причиной, чтобы отказать женщине в ВМС, тогда как применение ВМС не рекомендуется для женщин с высокой индивидуальной вероятностью контакта с партнером, у которого имеется гонорея или хламидийная инфекция.
- Женщинам с высоким индивидуальным риском заражения ВИЧ и ВИЧ-инфицированным не следует применять спермициды. Не следует также применять диафрагмальные колпачки со спермицидами, за исключением случаев, когда отсутствуют другие более подходящие и приемлемые методы.
- Следует спрашивать пациенток о наличии у них симптомов наиболее распространенных ИППП/ИРО; женщинам с такими симптомами должно быть назначено лечение на основе синдромного подхода.
- Следует спрашивать пациенток о наличии симптомов у их партнеров. Женщинам, у партнеров которых имеются симптомы ИППП, необходимо назначить курс терапии и настоятельно рекомендовать лечение их партнеров.
- Когда имеются основания, необходимо обследовать на наличие ИППП/ИРО – анализ крови, тщательный осмотр с помощью зеркала и бимануальное обследование могут помочь обнаружить многие скрытые ИППП/ИРО.
- Оценка индивидуального риска может помочь определить некоторых женщин, которых следует обследовать на наличие ИППП/ИРО с особой тщательностью, однако отсутствие видимых факторов риска не гарантирует, что женщина не подвержена такой опасности.

Обращение людей в медицинские учреждения по вопросам планирования семьи (ПС) – это возможность предотвратить не только нежелательную беременность, но и инфицирование (двойная защита). Это также возможность выявить некоторые скрытые ИППП/ИРО, а также предложить лечение женщинам с симптомами заболеваний, которые, возможно, не пользуются услугами других учреждений здравоохранения. Каким образом это лучше всего осуществить?

Хотя тему профилактики ИППП/ИРО необходимо затрагивать при каждом посещении клиники по вопросам планирования семьи, следует учесть, что беспокойство по поводу ИППП/ИРО в данном случае не является основной причиной визита. Большинство женщин приходит в клиники ПС для получения средств контрацепции, и врачи должны начинать разговор об ИППП/ИРО в контексте того, что в данный момент интересует пациентов в первую очередь. При работе с пациентами клиник по планированию семьи следует иметь в виду, что:

- Далеко не всегда можно точно оценить риск заражения ИППП, особенно в рамках рядового визита по вопросам планирования семьи. Медицинские работники должны осознавать, что все сексуально активные лица могут быть потенциально подвержены опасности заражения ИППП.
- **Правильное и регулярное пользование презервативами** очень эффективно как для предупреждения беременности, так и для профилактики ИППП и представляет собой **единственный метод**, который обеспечивает надежную **двойную защиту**.
- Женщины, у которых имеется ИППП/ИРО, могут пользоваться многими методами контрацепции, однако им следует пройти надлежащее лечение и принять меры для предотвращения повторного заражения.

Поэтому очень важно уделять пристальное внимание потребностям пациентов как в средствах контрацепции, так и в защите от ИППП. В некоторых клиниках степень опасности заражения ИППП, которой подвержен тот или иной пациент, определяется с помощью простых критериев оценки риска. Такая оценка может быть полезна в тех случаях, когда существуют очевидные факторы риска – например, наличие многочисленных партнеров или партнер с симптомами ИППП. В этой ситуации врачи имеют все основания предполагать, что женщина подвержена риску инфицирования и нуждается в средствах защиты. Тем не менее, **женщине может угрожать опасность заражения, даже если лично у нее отсутствуют какие-либо явные факторы риска**. Для многих женщин характерен повышенный риск ИППП, который обусловлен не их собственным поведением, а поведением их партнеров, о чем они часто не подозревают. Они могут быть верны своему партнеру и верить в то, что их отношения взаимно моногамны. Медицинские работники должны с пониманием относиться к таким деликатным вопросам при обсуждении риска заражения с женщинами, которые, возможно, не видят для себя необходимости в двойной защите.

ИНТЕГРИРОВАНИЕ ОЦЕНКИ ИППП/ИРО В ПОВСЕДНЕВНУЮ ПРАКТИКУ ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Представленные здесь общие рекомендации по интегрированию вопросов профилактики ИППП/ИРО в повседневную практику приема пациентов по вопросам планирования семьи, основаны на концепции взаимодействия между пациентом и врачом, разработанной ВОЗ и представленной в *Методике принятия решений для пациентов и работников учреждений по планированию семьи*. Возможности для реализации тех или иных мероприятий, связанных с проблемами ИППП/ИРО, во время первого посещения пациента (выбор метода) и его последующих визитов неодинаковы и поэтому рассматриваются раздельно.

ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ

Женщин, обратившихся в клинику ПС в первый раз, обычно прежде всего интересуют методы контрацепции – не исключено, что они уже определили для себя какой-то конкретный метод – вместе с тем, их могут волновать и другие вопросы. Эти вопросы могут быть связаны или не связаны с ИППП/ИРО. Существует довольно много аспектов, которые надо обговорить, прежде чем женщина сможет определиться в выборе и ей будет предложен метод контрацепции, отвечающий ее индивидуальным потребностям. Предупреждение ИППП/ИРО – это один из аспектов, которые необходимо обсудить в ходе беседы.

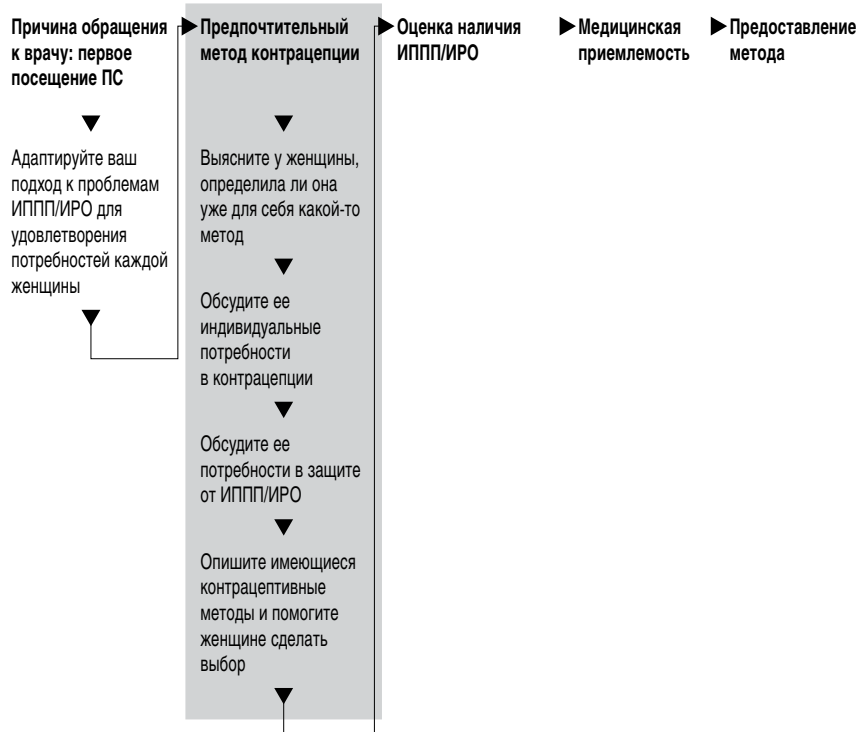
В какой же момент первого визита пациентки по проблемам ПС следует обратиться к теме ИППП/ИРО? Если поднять этот вопрос слишком рано, то у женщины может создаться впечатление, что интересующим ее проблемам планирования семьи не уделяется должного внимания. Если слишком поздно – тогда, возможно, придется пересматривать выбор метода контрацепции. На последующих страницах схематически показан подход к обсуждению и решению вопросов, связанных с ИППП/ИРО, в рамках первого посещения. Начиная с «причины обращения», врач вместе с пациентом проходят несколько этапов до того, как прийти к решению о наиболее приемлемом методе. Эти этапы включают в себя: выяснение – какой метод контрацепции женщина предпочитает, решение – нет ли у нее противопоказаний к использованию этого метода, оценка риска на предмет ИППП/ИРО в настоящем или будущем и, наконец, предоставление ей выбранного метода.

Этапы принятия решения при первом посещении врача по вопросам ПС



Далее будет рассмотрен каждый из этих этапов, при этом особое внимание будет сосредоточено на оценке риска и профилактике ИППП/ИРО.

Этап 1: Обсуждение наиболее предпочтительного метода



Выясните у женщины, определила ли она для себя какой-то метод. Изначальные предпочтения женщины в отношении конкретного метода контрацепции представляют собой важный фактор его последующего успешного применения. Женщины, которым рекомендован предпочтительный для них метод, пользуются им дольше и с большим удовлетворением.


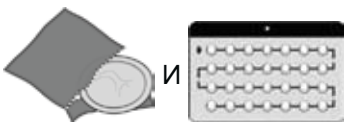


Обсудите ее индивидуальные потребности в контрацепции. В процессе обсуждения методов предупреждения беременности врачи могут высказать идею о возможности использования **двойной защиты**, отметив, что некоторые методы обеспечивают более надежную защиту от ИППП.

Обсудите ее потребности в защите от ИППП/ИРО. Предложите пациентке поделиться своими проблемами и тревогами в отношении подобных инфекций. Индивидуализированные открытые вопросы (например, «скажите, пожалуйста, а какие проблемы Вас волнуют в связи с инфекциями, которые передаются при половых контактах?») являются более предпочтительными, чем закрытые формы вопросов (типа: «Вас интересует информация об ИППП?»), от которых можно легко уклониться с помощью простого «нет».

Опишите имеющиеся методы контрацепции и помогите женщине сделать выбор. В Таблице 6.1 представлены данные степени эффективности различных методов контрацепции в предупреждении беременности и ИППП.

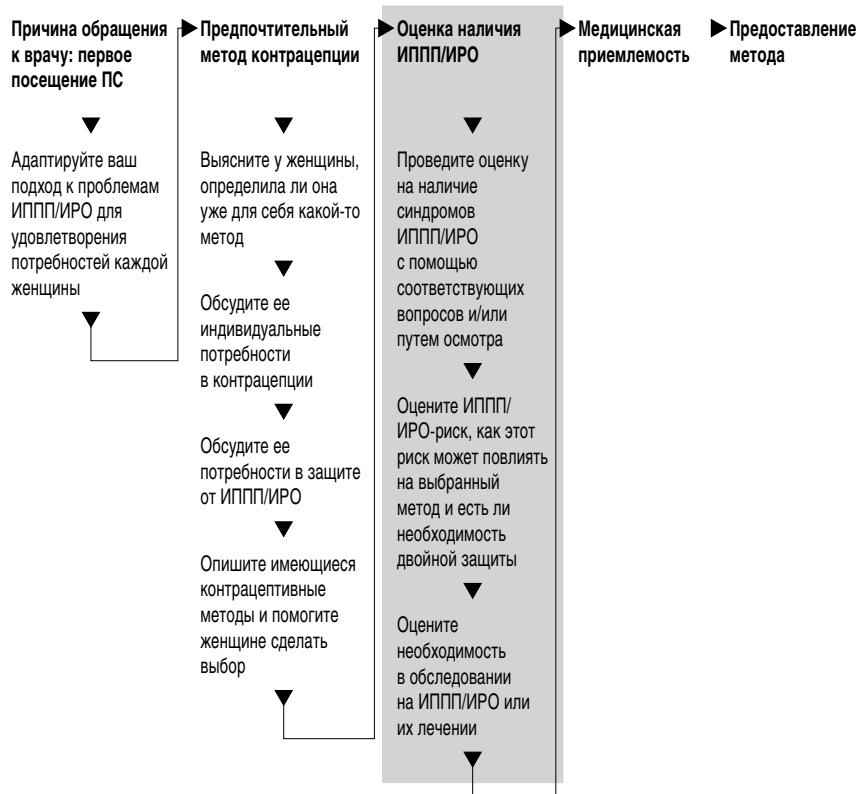
Сексуально активные женщины и мужчины часто нуждаются в двойной защите как от нежелательной беременности, так и от опасности заражения ИППП/ИРО. Двойная защита может быть обеспечена с помощью одного метода (презервативы) или сочетания методов, которое включает в себя использование презервативов (двойные методы). В Блоке 6.1 предложены некоторые варианты двойной защиты и ряд вопросов, которые рекомендуется обсудить с клиентами.

Блок 6.1. Варианты двойной защиты и вопросы для обсуждения

<p>Некоторые вопросы, которые рекомендуется задать пациенту:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Какой вариант устраивает Вас больше всего? Помогите пациенту выбрать, какой из методов подойдет ему лучше всего. ▪ Сможете ли Вы придерживаться Вашего выбора? Что может затруднить использование этого метода? Что может помочь? ▪ Как Вы думаете, будет ли вам помогать Ваш партнер? Может ли пациентка обсудить это со своим партнером? ▪ Какой у Вас запасной вариант? Например, если пациентка выбирает презервативы, смогут ли они с ее партнером воздержаться от секса, если у них закончатся презервативы? ▪ Как Вы думаете, может ли у Вас или Вашего партнера быть та или иная инфекция? Жалуется ли Ваш партнер на гнойные выделения из уретры, боли или жжение при мочеиспускании, открытые язвы в области половых органов? ▪ Как Вы думаете, может ли Ваш партнер иметь других половых партнеров? 	
<p>Возможные варианты методов, используемых при планировании семьи:</p>	
<p>1. Мужские презервативы или женские презервативы</p> 	<p>2. Презервативы И какой-то другой метод контроля деторождения</p> 
<p>3. Любой метод контроля деторождения С неинфицированным партнером</p>	
<p>НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫБОРА (эти примеры особенно рекомендуются для подростков)</p>	
<p>4. Другие безопасные формы интимной близости</p> 	<p>5. Воздержание от половых отношений до наступления более зрелого возраста</p> 
<p>И для более надежной защиты от ИППП и ВИЧ рекомендуется сокращение числа половых партнеров: безопаснее всего иметь одного неинфицированного партнера</p>	

Пациентам, которые решают пользоваться только презервативами для предупреждения как беременности, так и ИППП, можно предложить экстренную контрацепцию в качестве запасного варианта предупреждения беременности в случае, когда презерватив рвется или когда его по какой-то причине не использовали (см. Блок 6.2).

Этап 2: Оценка наличия ИППП/ИРО



Проведите оценку на наличие синдромов ИППП/ИРО – с помощью соответствующих вопросов и/или путем осмотра. После того, как женщина определилась в выборе одного или двух методов контрацепции, в зависимости от необходимости одинарной или двойной защиты, следует решить, есть ли необходимость в проведении более тщательного обследования или лабораторных анализов для выявления наличия инфекции. Врач должен выяснить у пациентки, нет ли у нее влагалищных выделений, генитальных язв или болей в нижней части живота, а также нет ли у ее партнера каких-либо симптомов ИППП. При работе с пациентами с подобными жалобами можно использовать блок-схемы, приведенные в Главе 8.

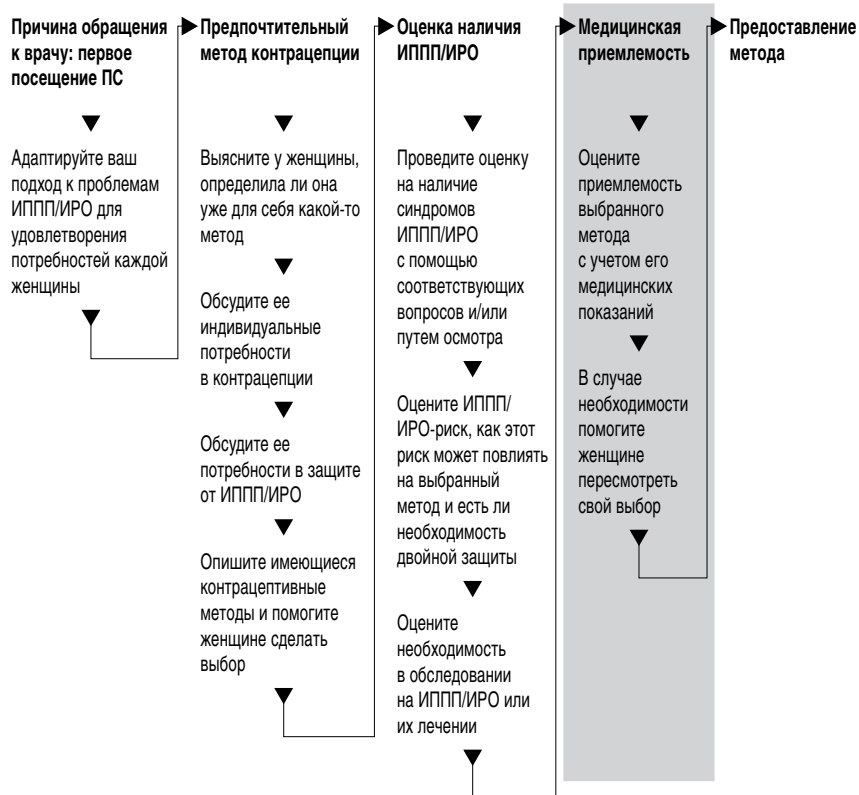
Обследование органов малого таза не требуется при выборе методов контрацепции, отличных от ВМС (для исключения беременности, наличия инфекции и определения положения матки), диафрагмы/противозачаточных цервикальных колпачков (для подбора размера) и стерилизации (для определения размера, положения и степени подвижности матки). Тем не менее, осмотр с помощью зеркала или бимануальное обследование может быть полезным для диагностирования возможных ИППП/ИРО и выявления бессимптомно протекающих инфекций (см. Главу 3).

Оцените ИППП/ИРО-риск, как этот риск может повлиять на выбранный метод и есть ли необходимость двойной защиты. Здесь следует оценить наличие у женщины факторов риска ИППП и ее потребность в защите. Пациентка может сменить свой метод – или добавить к нему презервативы – для обеспечения более надежной защиты от ИППП. Очень важно иметь в виду, что ИППП-риск трудно оценить точно, и отрицательная оценка риска еще не означает, что женщине не нужно заботиться о защите от ИППП.

Оцените необходимость в обследовании на ИППП/ИРО или их лечении. Степень точности диагностики или тщательность клинического исследования пациента на наличие ИППП/ИРО будут зависеть от имеющихся ресурсов. Женщинам с симптомами заболеваний может быть назначен курс лечения без проведения лабораторных анализов (см. Главу 8). Если позволяют ресурсы, скрининг на наличие наиболее распространенных бессимптомных ИППП, таких, как цервикальные инфекции, сифилис и ВИЧ-инфекция (см. Главу 3), может быть включен в протокол проведения первого приема пациента наряду с другими стандартными исследованиями, обычно осуществляемыми в женских консультациях, такими, как мазок по Папаниколу и обследование молочной железы. После проведения осмотра и обследований на наличие ИППП/ИРО, женщина может выразить желание изменить свой предыдущий выбор метода контрацепции с тем, чтобы обеспечить более надежную защиту от ИППП.

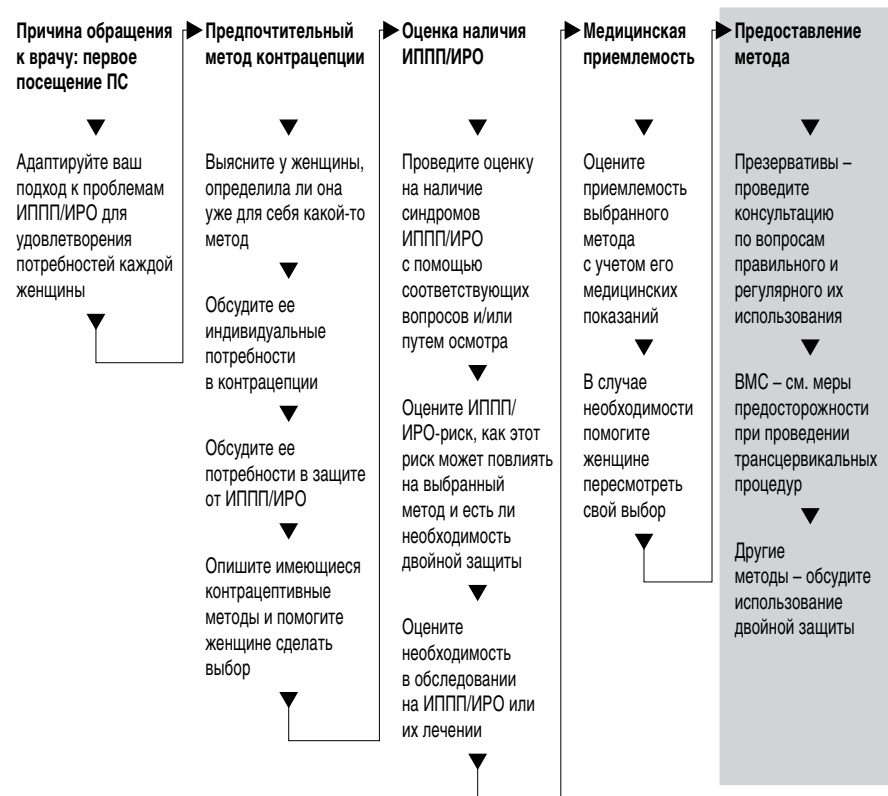
Наличие у женщины ИППП/ИРО само по себе не является противопоказанием к использованию большинства методов контрацепции – медицинские работники должны предложить курс терапии или направить на лечение, а также предоставить информацию или консультацию по поводу того, как предотвратить заражение в будущем (см. Главу 2 и Главу 4). Введение ВМС или проведение стерилизации должно быть отложено до завершения курса лечения ИППП. Также, нужно рекомендовать, чтобы женщина пользовалась презервативами и, возможно, вторым контрацептивным методом на протяжении всего периода лечения.

Этап 3: Оценка пригодности метода с точки зрения медицинских показаний



Оцените приемлемость выбранного метода с учетом его медицинских показаний. На следующем этапе необходимо определить, насколько выбор метода или методов приемлем с медицинской точки зрения. Критерии медицинской приемлемости (КМП) были разработаны ВОЗ (и адаптированы во многих странах) с тем, чтобы помочь медицинским работникам распознать заболевания или ситуации, когда использование определенных методов контрацепции не рекомендуется или при этом желательно принимать особые меры предосторожности. Например, риск заражения ИППП/ВИЧ может оказать влияние на приемлемость введения ВМС или использования спермицидов.

Этап 4: Предоставление метода



Заключительным этапом этого процесса является **предоставление метода**. Если пациентка принимает решение об использовании презервативов, ей надо дать консультацию, показать, как ими пользоваться и отработать навыки, необходимые для того, чтобы она и ее партнер могли пользоваться ими правильно и регулярно (см. Главу 2 и Главу 4). ВМС не следует вводить, если у женщины обнаружена цервикальная инфекция; в Главе 2 описаны меры предосторожности, которые рекомендуется применять для обеспечения безопасного введения ВМС. Ни один из методов, кроме презервативов, не предохраняет от ИППП, и с пациенткой желательно провести соответствующую консультативную работу о целесообразности использования метода двойной защиты для профилактики ИППП в дополнение к предохранению от беременности.

ПОВТОРНЫЕ ПОСЕЩЕНИЯ

Пациенты приходят на повторный прием в клинику ПС по различным причинам, в том числе:

- по поводу проблем, связанных с применением метода контрацепции;
- для обследования в связи с обнаружением симптомов ИППП/ИРО;
- для очередного контрольного осмотра, связанного с применяемым методом контрацепции;
- в рамках обычного профилактического наблюдения у гинеколога.

Каковы бы ни были непосредственные причины повторных обращений в клинику, любой очередной визит женщины к врачу – это возможность проверить, как обстоят ее дела в целом и насколько ей необходимы меры по предупреждению беременности и ИППП/ИРО, в частности. В отношении ИППП/ИРО женщину следует каждый раз спрашивать о том, не появились ли у нее симптомы и не изменились ли в ее жизни обстоятельства, от которых могут зависеть ее потребности в защите от таких инфекций. В Главе 8 описывается методика ведения ИППП/ИРО. В Главе 3 представлены возможные варианты обследований на наличие ИППП/ИРО, которые с определенной периодичностью целесообразно проводить во время обычных контрольных приемов пациентов. Каждый визит пациентки предоставляет врачу возможность личный раз напомнить ей о важности профилактики ИППП/ИРО и повысить ее осведомленность в данной области путем просвещения и консультирования ее по этим вопросам.

МЕТОДЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ЗАЩИТЫ ОТ ИППП/ИРО

Большинство методов планирования семьи не обеспечивают защиты от ИППП. В Таблице 6.1 представлены данные по оценке эффективности наиболее распространенных методов контрацепции в плане предупреждения беременности и предохранения от ИППП. Некоторые контрацептивные методы на деле увеличивают риск ИРО, передающихся половым путем и их осложнений, и пациенты могут отказаться от метода (и подвергнуть себя риску нежелательной беременности), если они думают, что он вызывает какие-то проблемы. Так, например, дрожжевые инфекции более характерны среди женщин, принимающих оральные контрацептивы, а бактериальный вагиноз чаще встречается у тех, кто использует диафрагмы со спермицидами. Медицинские работники должны знать о подобных проблемах, связанных с применением того или иного метода, и быть в состоянии дать пациентам компетентную консультацию относительно лечения или использования альтернативных методов.

Методы планирования семьи	
 Презерватив (мужской)	 Противозачаточные
 Спермициды	 Имплантаты
 Диафрагма	 Инъекции
 Женский презерватив	 ВМС
 Кормление грудью	 Слизистый барьер

Таблица 6.1. Методы планирования семьи: защита от беременности и ИППП

Метод	Эффективность ^a в предупреждении беременности (%)	Защита от ИППП
Мужской презерватив	85–98%	Защита от большинства видов ИППП, включая ВИЧ-инфекцию
Женский презерватив	79–95%	Защита от ИППП/ВИЧ (по результатам лабораторных исследований). Необходимы дополнительные исследования на практике.
Спермициды	71–85%	Недостаточно надежная защита от бактериальных ИППП, отсутствие защиты от вирусных ИППП
Диафрагма (со спермицидами)	84–94%	Недостаточно надежная защита от бактериальных ИППП, отсутствие защиты от вирусных ИППП. Повышенный риск бактериального вагиноза
Оральные контрацептивы	92–>99%	Отсутствие защиты от инфекций нижних отделов половых путей; защита от острых ВЗОМТ. Отсутствие защиты от вирусных ИППП/ВИЧ. Повышенная вероятность дрожжевых инфекций.
Имплантируемые контрацептивы	>99%	Отсутствие защиты от бактериальных и вирусных ИППП.
Контрацептивы, вводимые инъекционным путем	>99%	Отсутствие защиты от инфекций нижних половых путей; защита от острых ВЗОМТ. Отсутствие защиты от вирусных ИППП/ВИЧ.
ВМС	>99%	Отсутствие защиты от бактериальных и вирусных ИППП. Повышенный риск ВЗОМТ в первый месяц после введения.
Стерилизация хирургическим путем (перевязка маточных труб и вазэктомия)	>99%	Отсутствие защиты от инфекций нижних половых путей; незначительная защита от ВЗОМТ. Отсутствие защиты от вирусных ИППП/ВИЧ.

a Эффективность при «типичном» использовании метода (когда он не всегда используется надлежащим образом).

ДВОЙНАЯ ЗАЩИТА И ЭКСТРЕННАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Только правильное и регулярное использование презервативов обеспечивает надежную защиту от ИППП. Поэтому при консультировании о способах двойной защиты следует всегда настоятельно рекомендовать использование презервативов. При условии регулярного и правильного использования, презервативы также являются довольно надежным средством предупреждения беременности. Пары, желающие гарантировать себя от беременности дополнительно, могут совмещать презервативы с другим методом или использовать средства экстренной контрацепции как запасной вариант защиты на случай неверного использования презерватива или его повреждения. В Блоке 6.2 описывается, как обеспечить экстренную контрацепцию с помощью различных видов таблеток экстренной контрацепции, включая общедоступные пероральные противозачаточные средства.

Блок 6.2. Схема приема таблеток экстренной контрацепции (ТЭК)

Во многих странах имеются в продаже таблетки, предназначенные специально для экстренной контрацепции. Для целей экстренной контрацепции (ЭК) можно также использовать обычные противозачаточные таблетки. Каждый тип или марка противозачаточных таблеток имеет свое содержание гормонов, поэтому количество таблеток, составляющее полную дозу, будет различным.

Как принимать таблетки ЭК? В оптимальном случае нужно принять таблетки, содержащие **левоноргестрел** или комбинированные эстроген-прогестерон содержащие таблетки как можно быстрее после незащищенного полового контакта, в течение 72 часов. Левоноргестрел или комбинированные эстроген-прогестерон содержащие таблетки могут также применяться в промежутке времени между 72 и 120 часами после незащищенного полового контакта. Однако, пациент должен быть информирован о том, что эффективность таблеток для экстренной контрацепции снижается по мере того, как увеличивается продолжительность периода времени от момента, когда имел место незащищенный секс до момента приема таблеток.

	Однократная доза
Специальные таблетки для экстренной контрацепции, содержащие левоноргестрел	Предпочтительнее принять сразу же 1,5 мг левоноргестрела однократно. Альтернативно принять таблетки левоноргестрела в два приема (на первый прием – 0.75 левоноргестрела через 12 часов вторую дозу в количестве 0.75 мг)
Таблетки прогестерона (мини-таблетки)	Принять таблетки прогестерона, содержащие левоноргестрел. Обычно рекомендуется принять единовременно 50 мини-таблеток по 30 мкг (всего 1,5 мг левоноргестрела)
	Дозировка
Специальные комбинированные таблетки для экстренной контрацепции	Принять 2 комбинированные таблетки для экстренной контрацепции (каждая по 50 мкг этинилэстрадиола). Прием повторить через 12 часов
Комбинированные таблетки с малой дозой	Принять 4 противозачаточные таблетки с малой дозой (каждая по 30 мкг этинилэстрадиола). Прием повторить через 12 часов.
Комбинированные таблетки с большой дозой	Принять 2 противозачаточные таблетки с большой дозой (каждая по 50 мкг этинилэстрадиола). Прием повторить через 12 часов.

Таблетки экстренной контрацепции могут вызывать головную боль или тошноту. Такие побочные эффекты бывают гораздо реже при использовании таблеток прогестерона (левоноргестрела). Посоветуйте женщинам постараться принять таблетки во время еды и по возможности иметь под рукой лекарство, предотвращающее рвоту. Если рвота происходит в течение двух часов после приема таблеток, то женщине следует немедленно принять еще одну дозу.

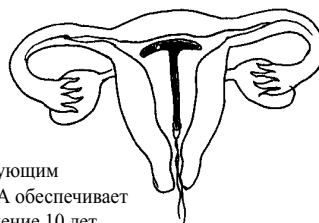
Медьсодержащие ВМС являются наиболее эффективным средством для экстренной контрацепции и могут быть использованы в течение первых 5 суток после незащищенного полового контакта. Для того чтобы ВМС использовалось как средство для экстренной контрацепции, у женщины должны быть в наличии медицинские критерии приемлемости, предъявляемые к регулярному применению ВМС. После этого ВМС может применяться для последующей регулярной контрацепции или удалена во время очередной менструации.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

Введение ВМС женщинам, которые имеют высокую индивидуальную вероятность заражения гонореей и хламидиозом, обычно не рекомендуется, за исключением ситуаций, когда отсутствуют другие более подходящие и приемлемые методы. Остальные женщины с повышенным риском ИППП обычно могут использовать ВМС. Меры предосторожности для снижения риска ятрогенного инфицирования при введении ВМС представлены в информационном блоке 6.3.

Блок 6.3. Снижение риска ятрогенных ИРО при введении ВМС

- Наибольший риск развития ВЗОМТ в связи с использованием ВМС приходится на первый месяц после их введения. Этот риск может быть в какой-то степени уменьшен благодаря соблюдению мер предосторожности при проведении трансцервикальных процедур (см. Главу 2).



- Необходимо избегать необоснованного удаления с последующим повторным введением ВМС. Медьсодержащая ВМС Т380А обеспечивает безопасную и эффективную защиту от беременности в течение 10 лет. Продолжительность эффективного применения во многом зависит от типа применяемой ВМС, при этом медицинские работники и женщины должны быть информированы о том, как долго их ВМС продолжает быть эффективной.

Все женщины с признаками цервикальных инфекций (слизисто-гнойные цервикальные выделения, покраснение и отек шейки матки или повышенная кровоточивость шейки матки) должны пройти лечение гонорей и хламидиоза по схеме, представленной в Главе 8; их партнеры также должны получить курс терапии. Введение ВМС должно быть отложено до полного излечения инфекции. Пациенткам следует также дать консультацию о методах двойной защиты.

Женщины, у которых отмечается болезненность при пальпации в нижнем отделе живота, области матки или придатков, а также болезненность при смещении шейки матки во время бимануального обследования, должны пройти лечение ВЗОМТ (см. схему лечения, приведенную в Табл. 3: Рекомендуемое амбулаторное лечение ВЗОМТ или схему лечения, описанную в Главе 8) и получить консультацию об альтернативных способах контрацепции (с упором на методы двойной защиты). Женщинам, которые имеют высокую индивидуальную вероятность заражения гонореей и хламидиозом, применение ВМС обычно не рекомендуется, за исключением ситуаций, когда отсутствуют другие более подходящие и приемлемые методы.

В случаях, когда у женщины, у которой уже стоит ВМС, возникают признаки ВЗОМТ или развивается гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея, необходимости в удалении ВМС нет, тогда как она получает лечение по поводу ИППП и имеет намерение и дальше продолжать пользоваться ВМС.

СПЕРМИЦИДЫ И ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ КОЛПАЧКИ СО СПЕРМИЦИДАМИ

Применение спермицидов женщинами, с высоким риском заражения ВИЧ, а также ВИЧ-инфицированными, крайне нежелательно. Многократные и высокие дозировки ноноксинала-9 связаны с повышенным риском возникновения повреждений слизистой половых органов, что может в свою очередь повысить риск инфицирования ВИЧ. Женщинам, с высоким риском заражения ВИЧ и ВИЧ-инфицированным, применение диафрагмальных колпачков со спермицидами не рекомендуется, за исключением ситуаций, когда отсутствуют другие более подходящие и приемлемые методы.



ГЛАВА 7. ОЦЕНКА РИСКА ИППП/ИРО В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, ВО ВРЕМЯ РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Основные положения

- Женщинам следует рекомендовать обращаться в медицинские учреждения для получения **антенатального ухода** на ранних стадиях беременности в целях своевременного обнаружения и предупреждения любых проблем, в том числе ИППП/ИРО.
- Во время первого посещения клиники (женской консультации) по поводу дородового наблюдения женщина должна быть обследована на **сифилис**. Тест на сифилис должен быть произведен непосредственно в клинике, а его результаты и лечение должны быть предоставлены женщине до того, как она покинет медицинское учреждение.
- При возможности женщине должно быть предложено обследование **на другие ИППП/ИРО**, включая цервикальные инфекции, бактериальный вагиноз и ВИЧ.
- Во время каждого визита в клинику женщину необходимо спрашивать о наличии у нее или ее партнера **симптомов ИППП**. Обследование и/или лечение **партнера** должно быть предложено хотя бы тем пациенткам, у которых обнаружены симптомы ИППП, сифилиса и ВИЧ.
- В период беременности с женщиной следует проводить разъяснительную работу по вопросам **профилактики ИППП**, как одного из путей защиты как матери, так и ребенка и сохранения ее репродуктивной способности в будущем.
- Консультирование и тестирование на наличие ВИЧ-инфекции, мероприятия по предотвращению передачи инфекции от матери ребенку (ППМР) и лечение матери должны быть предоставлены непосредственно в клинике или по направлению в соответствующее учреждение.
- Меры по предупреждению **бленорей** новорожденных должны проводиться в плановом порядке для всех новорожденных во всех клиниках.

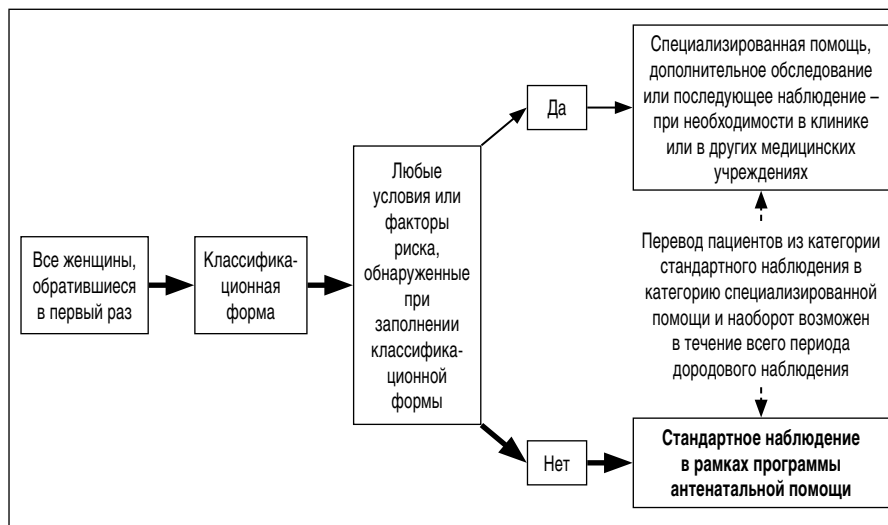
Профилактика и лечение ИППП/ИРО во время беременности не менее важны, чем в любое другое время. В этот период сексуальная активность женщин может повышаться или понижаться, и соответственно может меняться вероятность инфицирования. Некоторые ИППП – включая сифилис, гонорею, хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес и ВИЧ – могут вызывать осложнения во время беременности и приводить к **неблагоприятным ее исходам**. Из эндогенных инфекций – бактериальный вагиноз может спровоцировать преждевременные роды. Еще более распространенными в период беременности являются дрожжевые инфекции и, хотя они не приводят к неблагоприятным исходам беременности, их симптомы могут причинять женщине беспокойство и она должна получить соответствующее лечение. **Инфекция верхних отделов половых путей** может быть следствием самопроизвольных или искусственных аборт или преждевременного разрыва плодного пузыря, либо может развиться после родов и представлять угрозу для жизни женщины.

Для профилактики и лечения ряда наиболее серьезных проблем, связанных с ИППП/ИРО в период беременности, включая послеабортную и послеродовую инфекции и врожденный сифилис – не требуется особых, технически сложных или дорогостоящих процедур. Тем не менее, уровень материнской и перинатальной заболеваемости и смертности вследствие этих проблем остается по-прежнему высоким. Незначительные усовершенствования в системе обслуживания – такие, как обследование на сифилис в женской консультации, осуществляемые по принципу «в тот же день и в том же месте» – могут привести к существенным улучшениям в исходах беременности. Лечение симптоматического вагинального бактериоза может снизить риск преждевременных родов, а профилактика и эффективная терапия послеабортных и послеродовых инфекций позволят сократить материнскую заболеваемость и смертность.

Женщины репродуктивного возраста должны быть проинформированы о важности антенатального наблюдения у врача и своевременного обследования на ИППП/ИРО. Во время беременности супругам следует проконсультироваться о симптомах преждевременных родов, способах безопасного секса и необходимости избегать половых контактов с другими партнерами, по крайней мере на протяжении беременности.

Дородовое наблюдение у врача дает возможность предупредить и своевременно диагностировать ИППП/ИРО, поэтому следует убеждать женщин в необходимости обращения в женские консультации уже на ранних стадиях беременности. Для женщин, у которых беременность протекает без осложнений, ВОЗ рекомендует четыре визита в женскую консультацию. В Информационном блоке 7.1 представлена предлагаемая ВОЗ модель антенатальной помощи, где дается перечень обязательных видов услуг по родовому наблюдению, а также методика выявления женщин, нуждающихся в дополнительной медицинской помощи.

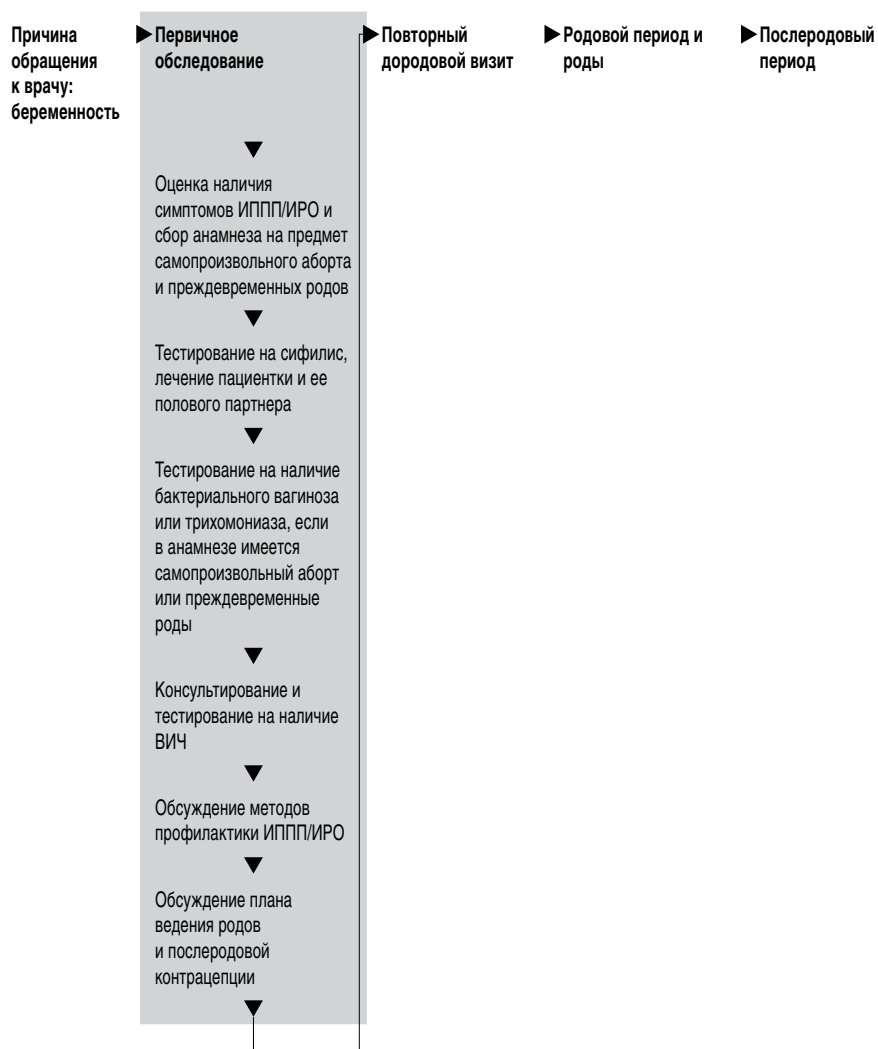
Блок 7.1. Модель антенатальной помощи ВОЗ



Источник: *WHO antenatal randomized trial: manual for the implementation of the new model*. WHO, Geneva, 2002

Этап 1. Первое посещение в период беременности

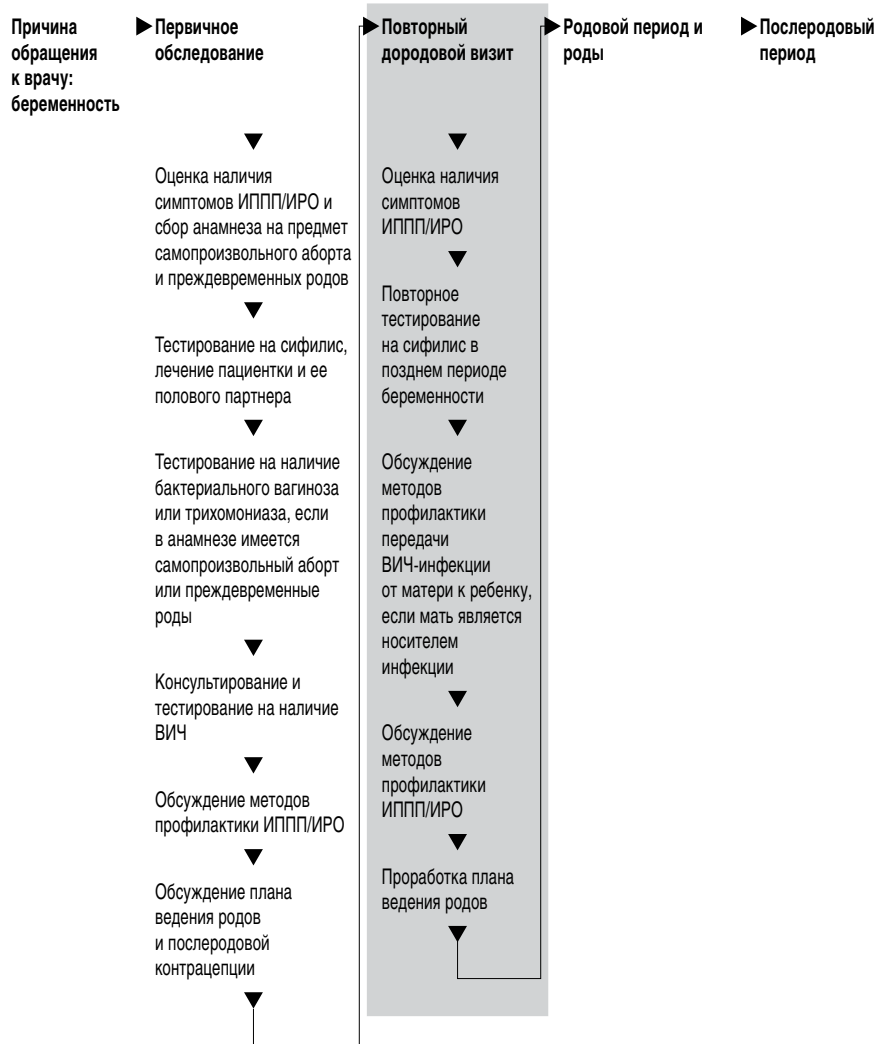
Женщина может впервые обратиться в женскую консультацию в любое время между первым триместром и началом родов. Второй визит может не состояться до момента родов. Поэтому очень важно оказание наибольшего объема услуг во время ее первого посещения, уделяя при этом должное внимание консультированию по ИППП/ИРО.



Ниже приводится минимальный комплекс мероприятий по оценке наличия ИППП/ИРО во время первого визита в женскую консультацию:

- Следует выяснить у женщины, нет ли у нее симптомов ИППП/ИРО, а также нет ли выделений из уретры или других симптомов у ее партнера. При обнаружении у женщины или ее партнера симптомов заболеваний, они должны пройти курс лечения согласно блок-схемам, указанным в Главе 8 и Главе 9.
- Серологическое исследование на сифилис с помощью RPR или эквивалентного ему нетрепонемного теста (VDRL, МРП) должно быть проведено на максимально ранних сроках беременности (см. Главу 3). По возможности, тестирование должно производиться непосредственно в клинике, и женщина должна получить результаты анализов и требуемое лечение до того, как она покинет женскую консультацию. В случае необходимости следует убедить ее партнера также пройти лечение и, если потребуется, оказать активное содействие в решении этого вопроса.
- Необходимо провести обследование на наличие бактериального вагиноза и трихомониаза, если в анамнезе беременной женщины отмечаются самопроизвольные аборт и преждевременные роды. При обнаружении возбудителей указанных инфекций необходимо провести лечение (после первого триместра беременности) метронидазолом по схеме 500 мг три раза в сутки в течение 7 дней, с целью снижения риска неблагоприятного исхода беременности.
- Консультирование и тестирование на наличие ВИЧ-инфекции должно проводиться непосредственно в женской консультации или по направлению в соответствующие клиники. Женщины с положительным результатом анализа на ВИЧ должны быть направлены в соответствующие медицинские или социальные учреждения по оказанию необходимой помощи и получить рекомендации в отношении того, как снизить риск передачи инфекции от матери к ребенку (ПМР) (см. Блок 7.3).
- Профилактика ИППП (включая ВИЧ-инфекцию) должна обсуждаться с женщиной и ее партнером в контексте обеспечения безопасной беременности и сохранения ее способности к деторождению в будущем.
- Уже на ранних стадиях беременности необходимо обсудить и выработать планы ведения родов и послеродового периода. Наличие ИППП, вызванных вирусными возбудителями, такими, как ВИЧ или ВПГ-2, может оказать влияние на план ведения родов. При обсуждении вариантов планирования семьи после родов необходимо также уделять надлежащее внимание вопросам профилактики ИППП/ИРО.

Этап 2. Повторный дородовой визит



Во время повторного дородового посещения следует уделять внимание вопросам профилактики и диагностирования ИППП/ИРО, поскольку нельзя полностью исключить риск заражения ими в период беременности. Как и при первом посещении, необходимо расспросить женщину о наличии у нее или ее партнера симптомов заболеваний. Лечение любых проявлений симптомов ИППП/ИРО должно проводиться в соответствии с блок-схемами, представленными в Главе 8 и Главе 9.

- По возможности, следует проводить повторное тестирование на сифилис на поздних стадиях беременности для выявления случаев их инфицирования во время беременности (см. Главу 3). Всем беременным следует по меньшей мере раз в течение каждой беременности пройти тестирование, и все женщины с положительным результатом серореакций должны получить соответствующее лечение (Информацию по интерпретации результатов тестирования на сифилис у женщин, проходивших лечение ранее см. в Приложении 3).
- Антенатальная врачебная помощь женщинам с положительным тестом на ВИЧ-инфекцию будет зависеть от конкретной ситуации и последующих планов. Медицинские работники должны пересмотреть план родов и обсудить альтернативные возможности кормления ребенка и методы контрацепции в послеродовом периоде.
- В консультативной работе с пациентами необходимо придавать особое значение предупреждению заражения ИППП/ИРО. Женщина и ее партнер должны осознать, что независимо от ранее проведенных курсов лечения ИППП, приобретенные на поздних стадиях беременности, могут вызвать серьезные осложнения беременности и привести к врожденным инфекциям у новорожденного. Парам следует рекомендовать пользоваться презервативами. В случаях, когда есть показания для лечения партнера, убедить его, возможно, будет гораздо легче, если предложить это в качестве меры предосторожности для гарантии безопасных родов и рождения здорового ребенка.

Блок 7.1 «ВИЧ-инфекция и беременность»

Передача ВИЧ от матери к ребенку (ПМР) во всем мире считается одним из основных путей инфицирования детей. Ежегодно более полумиллиона детей заражается ВИЧ-инфекцией именно таким образом. Без надлежащей профилактики, вероятность рождения инфицированного ребенка у матери, являющейся носителем ВИЧ-инфекции, достигает 40%. Передача инфекции от матери к ребенку может происходить во внутриутробном периоде, во время родов, а также в период грудного вскармливания. Профилактика ПМР во время беременности должна начинаться как можно раньше, с консультации врача и обследования будущих родителей на наличие ВИЧ-инфекции.

Схемы ведения беременности у женщин, являющихся носителями ВИЧ-инфекции, и у здоровых женщин практически не отличаются. При этом своевременное выявление и лечение ИППП/ИРО имеет большое значение, поскольку некоторые ИППП/ИРО приводят к увеличению концентрации ВИЧ во влагалищных выделениях, что увеличивает риск передачи инфекции ребенку во время родов. Особое внимание должно уделяться симптомам или результатам общего осмотра, которые могут указывать на наличие инфекций, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами (оппортунистических инфекций), либо ИППП/ИРО. Следует избегать выполнения инвазивных процедур, таких как амниоцентез.

За исключением антивирусного лечения, родовой период и роды среди женщин, являющихся носителями ВИЧ-инфекции, обычно не отличается от таковых среди женщин, не имеющих ВИЧ, а также не существует необходимости в их изоляции. Общие меры предосторожности, направленные на снижение риска передачи ВИЧ или других инфекций, должны соблюдаться всеми сотрудниками медицинского учреждения вне зависимости от того, является ли данная женщина носителем ВИЧ-инфекции или нет (см. Приложение №3).

В послеродовом периоде женщинам, являющимся носителями ВИЧ-инфекции, требуется особое внимание. Такие женщины могут нуждаться в дополнительном уходе, консультациях врача и моральной поддержке, а также помощи в проведении искусственного вскармливания (если женщина делает выбор в пользу такого метода). Осуществление таких функций входит в обязанности соответствующих лечебных и вспомогательных учреждений.

Этап 3. Родовой период и роды



Вопросы профилактики и лечения ИППП/ИРО в период родов имеют большое значение. Целью проводимых при этом мероприятий является выявление инфекции, которая могла быть пропущена в антенатальном периоде и, по возможности, профилактика и лечение инфекции у новорожденного.

- При обследовании роженицы необходимо обращать внимание на возможные признаки инфекции. Большинство ИППП/ИРО не входят в группу неотложных состояний, и их лечение может быть проведено в послеродовом периоде. Наличие пузырьков или эрозий обычно свидетельствующих о первичном эпизоде генитального герпеса (ВПГ - 2), появившегося незадолго до родов, может явиться показанием для операции кесарева сечения, поскольку влагалищные роды в таких случаях увеличивают риск диссеминированного герпеса у новорожденного с возможным летальным исходом. Если выполнение операции кесарева сечения является невозможным или небезопасным в условиях данной клиники и есть запас времени до начала родов, необходимо перевести женщину в специализированный стационар. Проведение операции кесарева сечения не имеет преимуществ, если с момента разрыва плодного пузыря прошло более 6 часов.
- **Генитальные папилломы** не являются показанием для проведения операции кесарева сечения, даже в том случае, если площадь поражения является достаточно обширной.
- **Преждевременный разрыв плодного пузыря** (до достижения полного срока беременности) и разрыв плодного пузыря до начала родовой деятельности требуют проведения комплексных мероприятий, направленных на снижение риска развития инфекции (см. Главу 9).
- **Ведение женщин с ВИЧ-инфекцией** (включая применение антиретровирусных препаратов) зависит от специфики используемого протокола.

Во всех случаях родовспоможения необходимо соблюдать общие меры предосторожности (см. Блок 7.2).

Блок 7.2 Общие меры предосторожности при родовспоможении

Ниже изложены меры предосторожности, которые должны выполняться в каждом случае родовспоможения вне зависимости от того, является ли роженица носителем ВИЧ/ИППП/ИРО или нет.

- Пользуйтесь медицинскими перчатками, тщательно мойте руки после выполнения каждой процедуры; используйте глубокую дезинфекцию или стерилизацию для всех медицинских инструментов и оборудования, используемых при родовспоможении.
- Следуйте стандартной схеме ведения родов, избегая ненужных влагалищных обследований, сводя к минимуму объем травматичных процедур и обеспечивая активное ведение второго периода родов. Эпизиотомия должна выполняться только по строгим акушерским показаниям, а не в качестве рядовой процедуры. При необходимости активного родовспоможения вмешательство должно быть как можно менее травматичным.
- Пуповина должна перерезаться под прикрытием марлевой салфетки с целью предупреждения возможного разбрызгивания крови. Не рекомендуется использовать назогастральный зонд для отсасывания слизи из дыхательных путей новорожденного, за исключением случаев попадания первородного кала в дыхательные пути. Следует избегать также отсасывания слизи при помощи трубки с ротовым наконечником.
- Вне зависимости от того, является ли данная роженица носителем ВИЧ или нет, персонал родильного зала, работающий с новорожденным, должен работать в медицинских перчатках до полного удаления материнской крови и выделений с поверхности тела ребенка. Сразу же после рождения ребенка необходимо смыть первородный кал и материнскую кровь с поверхности тела новорожденного, пользуясь водой с мылом. После рождения ребенок должен быть помещен в условия температурного комфорта.

Таблица 7.3 Профилактика и лечение ИППП/ИРО у новорожденных

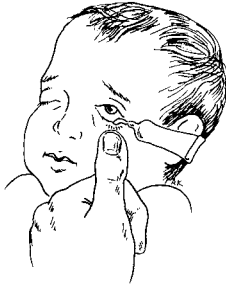
<p>1. Профилактика глазной инфекции</p> <p>Вне зависимости от наличия признаков или симптомов инфекции у матери, всем новорожденным должна проводиться профилактика бленорей новорожденных, вызываемой гонококковой или хламидийной инфекцией. В таблице 7.1 указан перечень глазных мазей и капель, которые могут использоваться с этой целью в качестве профилактических средств.</p>	
<p>Профилактика бленорей новорожденных</p> <p>Сразу после рождения ребенка рекомендуется заложить мазь за каждое веко или закапать в каждый глаз одно из профилактических средств, указанных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ глазная тетрациклиновая мазь 1% – однократно <p>ИЛИ</p> <ul style="list-style-type: none">▪ йодный раствор 2,5% для глазных капель – однократно <p>ИЛИ</p> <ul style="list-style-type: none">▪ нитрат серебра 1% (свежеприготовленный водный раствор) – однократно.	
<p>2. Врожденный сифилис</p> <p>На данном этапе необходимо посмотреть результаты материнского теста на сифилис и обследовать новорожденного на наличие признаков врожденного сифилиса. Женщины ранее не обследованные на сифилис, должны быть протестированы. Результаты теста должны быть получены как можно быстрее с тем, чтобы обеспечить возможность своевременного лечения новорожденных, у чьих матерей был обнаружен сифилис. Лечение новорожденных должно проводиться в соответствии с установками, изложенными в Таблице №7.1, вне зависимости от того, получала ли мать лечение против сифилиса во время беременности. Мать новорожденного и ее половой партнер тоже должны пройти курс соответствующего лечения, если таковое ранее не проводилось.</p>	

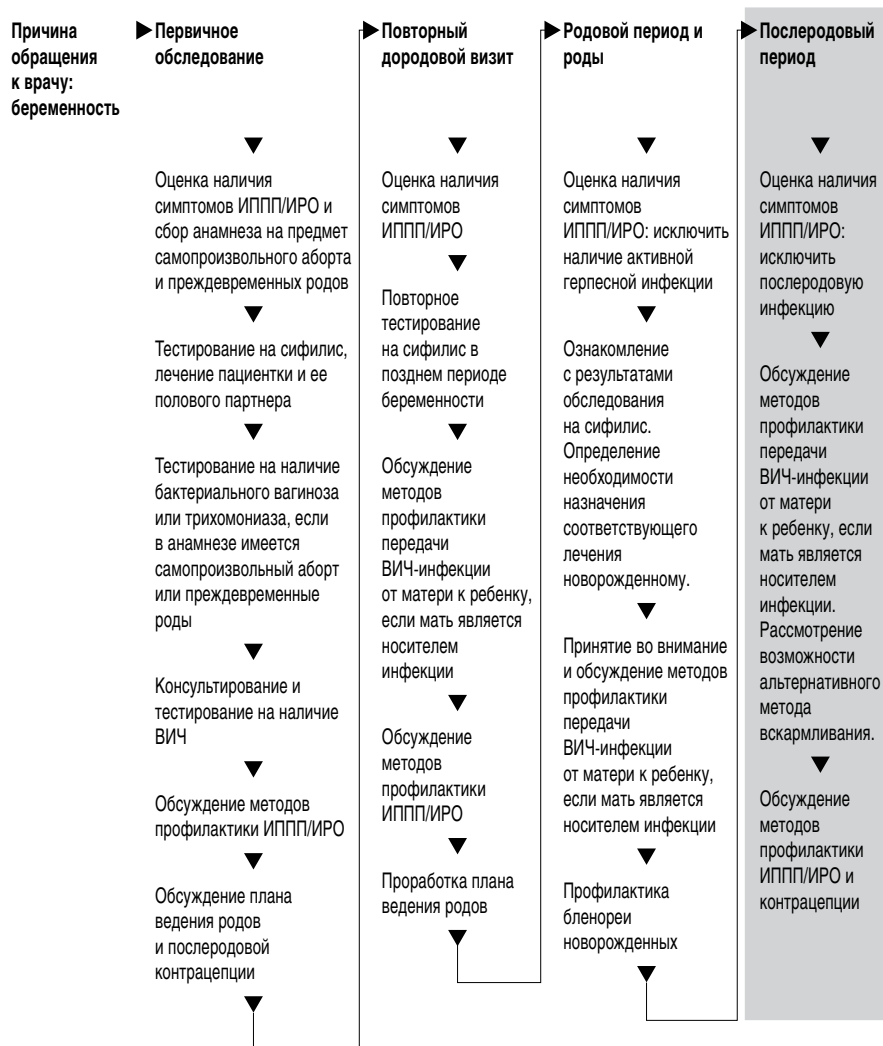
Таблица 7.1 Лечение сифилиса новорожденных (первый месяц жизни)

Результаты лабораторных анализов крови матери на сифилис (RPR/VDRL)			
Положительная реакция		Результат неизвестен	Отрицательная реакция
Наличие признаков врожденного сифилиса ^а у новорожденного	Лечение по схеме №1 или №2	Провести тестирование матери	Повторить тест
		<i>Начать лечение по схеме №1 или №2, в ожидании результатов теста (особенно, если предполагается задержка в получении результатов).</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ В случае положительной реакции, продолжить лечение. ▪ В случае отрицательной реакции, провести диагностику других причин и изменить схему лечения в соответствии с полученными результатами. 	
Отсутствие признаков врожденного сифилиса ^а у новорожденного	Лечение по схеме №3 Однократная инъекция	Провести тестирование матери на сифилис	Лечения не требуется

Схема лечения №1	Водный раствор кристаллического пенициллина 100-150 тыс. ед. на кг веса в сутки. Назначается из расчета 50 тыс. ед. на кг веса на одну инъекцию в/м или в/в через каждые 12 часов в течение первых 7 дней жизни ребенка и после этого каждые 8 часов до достижения полных 10 дней.
Схема лечения №2	Прокаин пенициллин: 50 тыс. ед. на кг веса, в/м 1 раз в день в течение 10 дней.
Схема лечения №3	Бензатин пенициллин G: 50 тыс. ед. на кг веса, в/м, однократно.

- а Признаки сифилиса включают: пузырьчатые и папулезные высыпания на коже ладоней и подошв, гепатоспленомегалию, псевдопаралич, отеки/асцит, повышение температуры (в течение первой недели после рождения), длительное повышение содержания прямого билирубина в крови, петехии, кровотечения, характерные изменения лица. Зачастую признаки сифилиса у новорожденных в момент рождения могут отсутствовать (сифилис врожденный, скрытый).

Этап 4. Послеродовой период



Как и во время беременности, в послеродовом периоде также важно внимательно следить за возможным появлением признаков инфекции. Послеродовая маточная инфекция встречается довольно часто и может представлять собой серьезную угрозу для жизни женщины. Раннее выявление и эффективное лечение инфекции играют важную роль в профилактике послеродовых осложнений. Практически каждая роженица подвергается риску инфицирования в послеродовом периоде, который усугубляется присутствием в маточной полости остатков плацентарной ткани и крови. Другими факторами риска развития послеродовой инфекции являются продолжительные роды, преждевременный разрыв плодного пузыря, а также проведение манипуляций во время родов. Принципы лечения послеродовой инфекции изложены в Главе 9.

Обследование роженицы на наличие признаков послеродовой инфекции следует проводить в течение первых 12 часов после родов. При выписке из родильного дома женщине должно быть рекомендовано немедленно обратиться в клинику в случае появления таких симптомов как повышение температуры, боли внизу живота, выделения с неприятным запахом или необычное кровотечение. Перечень советов, предлагаемых женщине при выписке, включает рекомендации по гигиене наружных половых органов и молочных желез, а также инструкции, как наиболее безопасным образом избавиться от использованных прокладок и других материалов, которые являются потенциальным источником инфекции. Врач должен внимательно следить за появлением признаков инфекции, включая повышение температуры, появление самопроизвольных болей внизу живота или болезненности живота при пальпации, а также выделений с неприятным запахом.

- Женщины, являющиеся носителями ВИЧ-инфекции, могут нуждаться в длительном уходе и поддержке, включая проведение лечебных мероприятий и помощь в осуществлении искусственного вскармливания.
- Если вопрос контрацепции не затрагивался до рождения ребенка, то врач должен постараться обсудить этот вопрос с женщиной еще в раннем послеродовом периоде. При выборе подходящего метода контрацепции следует учитывать необходимость профилактики ИППП/ИРО (см. Главу 6). Если после родов женщина отдает предпочтение долгосрочной контрацепции, например ВМС, то в таком случае целесообразно обсудить возможность применения метода двойной профилактики.

РАЗДЕЛ 3 ВЕДЕНИЕ ИППП/ИРО

Раздел 1 содержит вводную информацию об ИППП/ИРО и их осложнениях, путях распространения и мерах по их предотвращению. В нем также дается обзор знаний и навыков, которыми должны владеть медицинские работники для выявления случаев ИППП/ИРО и их профилактики.

Раздел 2 содержит рекомендации по ведению ИППП/ИРО в условиях клиник по охране репродуктивного здоровья. Здесь также обсуждаются пути охвата мужчин, подростков и других категорий населения, которые обычно не пользуются услугами вышеуказанных учреждений.

Раздел 3 посвящен вопросам ведения ИППП/ИРО – способам диагностики и лечения, включая блок-схемы и таблицы лечения. Материал раздела составлен на основе проблемно-ориентированного подхода, обеспечивающего быстрый доступ к нужной информации.



ГЛАВА 8. ВЕДЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ИППП/ИРО

Основные положения

- Лечение женщин с **вагинальными выделениями** должно быть направлено против обычных влагалищных инфекций (бактериальный вагиноз, трихомониаз). При появлении клинических признаков дрожжевой инфекции курс лечения дополняется соответствующими назначениями.
- При появлении **болей внизу живота**, женщинам должно быть назначено лечение против гонорейной, хламидийной и анаэробной инфекций. Осложнение этих инфекций или появление признаков других неотложных состояний является показанием для госпитализации или направления пациентки в специализированное лечебное учреждение.
- Женщины и мужчины, у которых имеются **генитальные язвы**, должны получить лечение от сифилиса и мягкого шанкра. В регионах, где отмечается большая распространенность вируса простого герпеса (ВПГ), лечение генитальных язв должно, по возможности, предусматривать также назначение противовирусных препаратов.
- Мужчинам с выделениями из уретры должно быть назначено лечение против гонореи и хламидиоза. Женщины, у партнеров которых имеются уретральные выделения, должны проходить такой же курс лечения.
- Все пациенты, у которых отмечаются те или иные симптомы, должны иметь возможность получать **консультации врача** по вопросам лечения, снижения риска передачи инфекции и использования презервативов.
- **Половым партнерам** пациентов, у которых обнаруживаются генитальные язвы или уретральные выделения, также назначается соответствующее лечение. Половым партнерам женщин, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза или шейки матки, следует проконсультироваться с врачом и им должно быть предложено соответствующее лечение.
- **Повторные посещения** врачебного кабинета, в большинстве случаев, являются необязательными, при условии прохождения пациентом полного курса лечения и наступления стойкого улучшения состояния. Схема лечения ВЗОМТ предусматривает повторное обследование у врача через 2-3 дня после начала лечебного курса (при повышении температуры следует обратиться к врачу немедленно).

В данной главе рассматривается ведение ИППП/ИРО в случаях, когда пациент обращается к врачу в связи с появлением симптомов, а также в тех случаях, когда врач при обследовании пациента общепедиатрического профиля обнаруживает признаки инфекций половых органов. Разница между симптомом и признаком заболевания заключается в том, что **симптом** обнаруживается самим больным, тогда как **признак** наблюдается врачом (описание сбора анамнеза и врачебного осмотра приводится в Приложении 1). В клинической практике наиболее часто имеют место три вида ситуаций:

- Пациент **самостоятельно** обращается к врачу с жалобами на симптомы, характерные для ИППП/ИРО.
- Пациент признает, что у него/нее имеются симптомы ИППП/ИРО в ответ на прямой вопрос врача (**выявленные симптомы**).
- Врач обнаруживает **признаки** наличия ИППП/ИРО при осмотре больного, обратившегося за медицинской помощью по другой причине.

Врач должен уметь распознать характерные симптомы и признаки половых инфекций во всех вышеперечисленных ситуациях и знать, в каких случаях возможно провести дифференциальную диагностику ИППП и инфекций, не передающихся половым путем. Женщины, обнаружившие у себя симптомы инфекции половых органов, могут выражать беспокойство по поводу возможного наличия у них ИППП, хотя известно, что большинство симптоматических ИРО у женщин не относятся к инфекциям, передающимся половым путем. Вместе с тем как врачи, так и пациенты должны знать о том, что ИППП/ИРО нередко протекают бессимптомно и отсутствие характерной симптоматики вовсе не говорит об отсутствии инфекции. Обследование на наличие бессимптомных ИППП/ИРО должно проводиться там, где это возможно (см. Главу 3).

СИНДРОМНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИППП/ИРО

Выявление и лечение ИППП/ИРО может осуществляться с учетом имеющегося комплекса симптомов и признаков. Симптомы и признаки того или иного заболевания могут быть сгруппированы в **синдромы**. Примерами распространенных синдромов являются инфекционные поражения верхнего респираторного тракта, гастроэнтериты и синдром влагалищных выделений. В связи с тем, что зачастую трудно определить, какой патогенный микроорганизм является причиной данного синдрома, лечение зачастую должно быть направлено против нескольких возможных инфекций.

Под определением «синдромный подход» подразумевается лечение симптомов и признаков ИППП/ИРО, направленное против тех болезнетворных микроорганизмов, которые являются наиболее частыми причинами появления того или иного синдрома. Хотя постановка более точного (этиологического) диагноза является возможной в некоторых медицинских учреждениях при наличии адекватно оборудованной лаборатории, тем не менее, это не всегда осуществимо. Выполнение лабораторных анализов требует наличия соответствующих ресурсов, делает лечение более дорогостоящим, увеличивает количество визитов пациента в лечебное учреждение и **почти всегда приводит к отсрочке в проведении лечебного курса**. В связи с этим, руководящие принципы синдромного лечения ИППП/ИРО широко применяются при лечении таких синдромов как боли внизу живота, наличие уретральных выделений и генитальных язв (Таблица 8.1) даже в развитых странах, где медицинские учреждения оснащены самым современным лабораторным оборудованием.

ВОЗ разработала простые **блок-схемы** (или **алгоритмы**), призванные помочь врачу в применении синдромного подхода при лечении семи видов синдромов. Пять из этих алгоритмов (вагинальные выделения, боли внизу живота, генитальные язвы, увеличение паховых лимфоузлов и уретральные выделения) включены в материал данной главы (при этом, они подверглись необходимой адаптации применительно к функциональным задачам центров по охране репродуктивного здоровья). Остальные алгоритмы относятся к тематике лечения ИППП/ИРО у беременных и приводятся в Главе 9. Содержание синдромного подхода к лечению ИППП/ИРО и соответствующих алгоритмов может варьироваться в зависимости от условий конкретной страны, включая распространенность данного заболевания в регионе, стоимость медикаментозного лечения и результатов лекарственной устойчивости болезнетворных микроорганизмов.

Таблица 8.1. Синдромный подход – преимущества и недостатки

Синдромный алгоритм	Обоснование применения
Использование синдромных алгоритмов при лечении уретральных выделений у мужчин и генитальных язв у мужчин и женщин является эффективным и практичным.	Гонорея и хламидиоз являются основными причинами появления уретральных выделений. Генитальные язвы появляются, как правило, при сифилисе и мягком шанкре. Грамотное использование синдромных алгоритмов обеспечивает эффективное лечение пациентов, у которых имеются симптомы. Алгоритмы очень просты и могут с успехом использоваться даже в отдаленных регионах (при условии, что врач располагает необходимыми медикаментами). Важно также и то обстоятельство, что применение синдромного подхода при заболеваниях такого рода позволяет предупредить развитие новых инфекций благодаря немедленному началу лечения и прерыванию цепи инфицирования.
Синдромный подход к лечению болей в нижней части живота у женщин широко используется во всем мире, включая развитые страны.	Гонорея и хламидиоз являются основными причинами появления болей в нижней части живота у женщин. Данный подход призван обеспечить эффективное лечение пациенток, имеющих симптоматику, которая может указывать на наличие воспалительного процесса в малом тазу. Врач должен осознавать, что некоторые женщины, получающие лечение в соответствии со стандартным алгоритмом, могут на самом деле не иметь воспаления органов малого таза (ложная симптоматика). Тем не менее, назначение лечения в таких случаях является оправданным шагом, так как нелеченное воспаление или запоздалое начало лечения может привести к тяжелым последствиям, включая бесплодие и внематочную беременность.
Использование синдромных алгоритмов при лечении женщин, имеющих симптомы/признаки вагинальных выделений , целесообразно в случае влагалищных инфекций, но менее целесообразно в случае цервикальных инфекций.	Основной причиной появления вагинальных выделений являются такие вагинальные инфекции, как бактериальный вагиноз, трихомониаз, дрожжевые микозы. Алгоритмы для диагностики и лечения вагинальных выделений не предусматривают выявление более серьезных но, как правило, бессимптомно протекающих инфекций шейки матки. В настоящее время точная диагностика гонококковых и хламидийных цервицитов требует проведения дорогостоящих лабораторных анализов, которые далеко не всегда могут быть выполнены в условиях обычной клиники (в главе 3 приводятся рекомендации по выявлению цервикальных инфекций). В некоторых случаях оправдано проведение лечения цервикальной инфекции в рамках синдромного подхода.

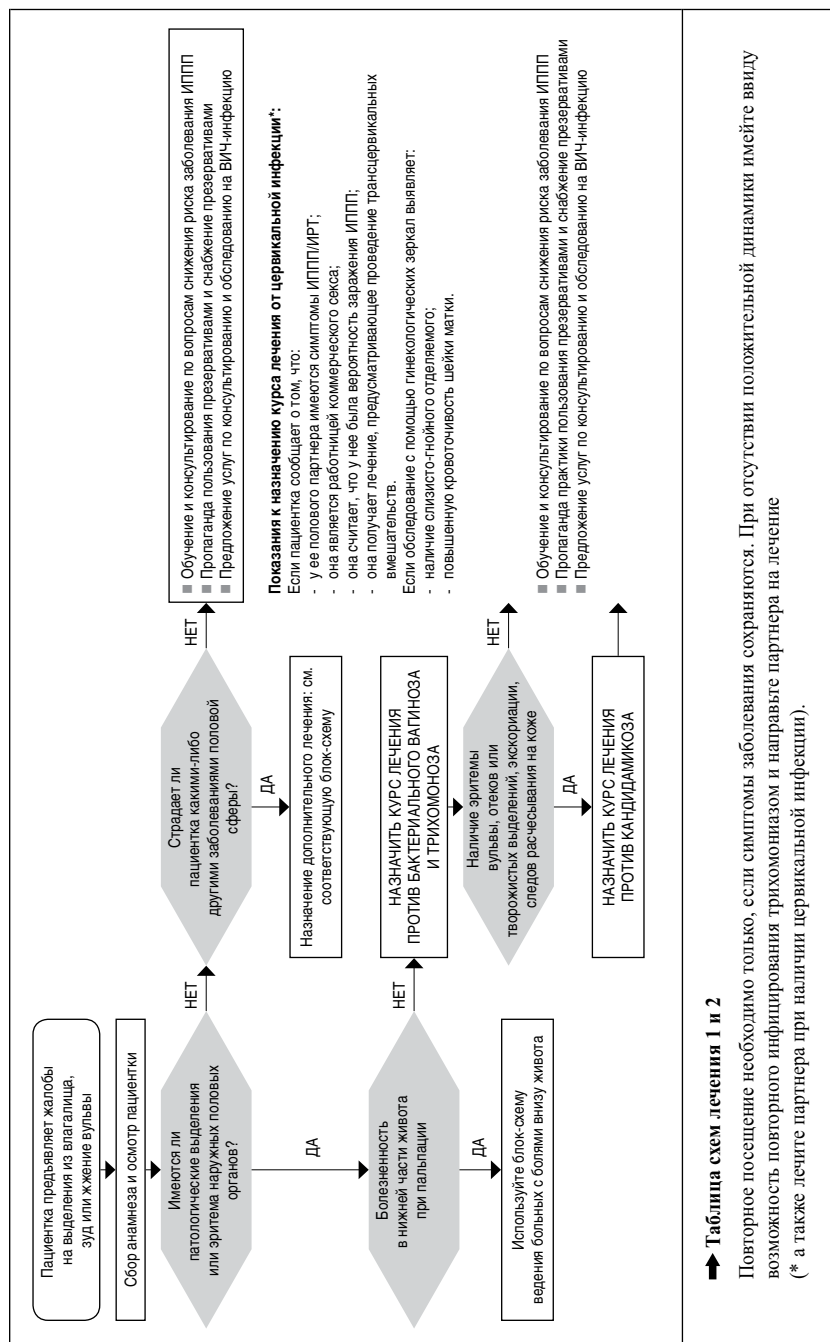
ВЕДЕНИЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ СИНДРОМОВ

В данном разделе представлены блок-схемы, применяемые для ведения ряда распространенных синдромов. Ведение ИППП/ИРО предусматривает не только назначение лечебного курса, но и проведение с пациентами санитарно-просветительской работы в области профилактики повторного инфицирования и, в некоторых случаях, лечение половых партнеров. Залогом успеха лечебных мероприятий является чуткое и уважительное отношение врача к пациенту. Сбор анамнеза, врачебный осмотр и консультирование должны проводиться в надлежащей обстановке, гарантирующей конфиденциальность и сохранение врачебной тайны. Обзор основных навыков работы с пациентами приводится в Приложении 1.

Комплекс лечебных мероприятий должен в обязательном порядке включать последовательную работу по повышению уровня грамотности пациента в области предупреждения ИППП/ИРО и, при необхо-

димости, всестороннее консультирование по вопросам снижения риска заражения ИППП. Несмотря на то, что такие меры не включены в структуру соответствующих блок-схем, пациенты должны получать необходимую информацию о методах профилактики ИППП/ИРО, рекомендации по грамотному приему назначенных препаратов и в отношении необходимости направления полового партнера для диагностики и лечения. Более подробно аспекты профилактики ИППП/ИРО, которые должны присутствовать в работе врача с каждым пациентом, рассматриваются в конце настоящей главы. Тема повышения грамотности населения в вопросах предупреждения ИППП/ИРО и врачебного консультирования освещается более подробно в Главе 4.

БЛОК-СХЕМА №1. ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ (У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН)



ВАГИНАЛЬНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ

Спонтанные жалобы на появление необычных выделений из влагалища – необычных с точки зрения изменения количества, цвета или запаха – в подавляющем большинстве случаев указывают на наличие вагинальной инфекции или вагинита. Бактериальные вагинозы (возбудители – целый ряд микроорганизмов) и дрожжевой микоз или кандидоз (возбудитель – *Candida albicans*) обычно не передаются при половом контакте, тогда как трихомониаз (возбудитель – *Trichomonas vaginalis*), как правило, передается половым путем. Изредка влагалищные выделения слизисто-гнойного характера могут появляться в результате воспаления шейки матки при гонорее (возбудитель – *Neisseria gonorrhoeae*) или хламидиозе (возбудитель – *Chlamydia trachomatis*). Принципы диагностики цервикальной инфекции как в случае наличия влагалищных выделений, так и в случае отсутствия таковых обсуждаются в Главе 3.

Все женщины, у которых обнаруживаются влагалищные выделения необычного характера, должны получать лечение от бактериального вагиноза и трихомониаза. Дополнительное лечение дрожжевого микоза показано при наличии характерной клинической картины (белые творожистые выделения из влагалища, гиперемия вульвы и влагалища, генитальный зуд). Дрожжевой микоз является распространенной причиной развития вагинитов во время беременности (отдельная блок-схема лечения влагалищных выделений у беременных приводится в Главе 9).

Таблица схем лечения №1. Рекомендуемое лечение при вагинальной инфекции

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение бактериального вагиноза (БВ) и трихомониаза (ТВ) ПЛЮС <ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение дрожжевого микоза (ДМ) при наличии белых творожистых выделений из влагалища, гиперемии вульвы и влагалища, а также зуда. 			
Рекомендуемые препараты	Препараты первого выбора Выберите один из препаратов из графы для БВ/ТВ или по одному препарату из каждой графы (см. ниже) если есть подозрения на наличие дрожжевой инфекции	Высокоэффективные заменители	Если женщина беременна или кормит грудью Выберите один из препаратов из графы для БВ/ТВ или по одному препарату из каждой графы (см. ниже), если есть подозрения на наличие дрожжевой инфекции
При бактериальном вагинозе	Метронидазол^а 2 г внутрь однократно или Метронидазол 400 или 500 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней	Клиндамицин в виде 2% крема – 1 полная доза (5 г в аппликаторе) интравагинально перед сном в течение 7 дней, или Клиндамицин 300 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней.	<i>Предпочтительно использовать после первого триместра беременности</i> Метронидазол 200 или 250 мг внутрь 3 раза в день в течение 7 дней, или Метронидазол в виде 0,75% геля – 1 полная доза (5 г в аппликаторе) интравагинально 2 раза в день в течение 5 дней, или Клиндамицин 300 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней.
При трихомониазе		Тинидазол^а 2 г внутрь однократно или Тинидазол^а 500 мг внутрь 2 раза в день в течение 5 дней.	
При дрожжевом микозе	Миконазол (вагинальные суппозитории) 200 мг 1 раз в день в течение 3 дней, или Клотримазол^б (вагинальные таблетки по 100 мг) 2 таблетки в день в течение 3 дней, или Флуконазол 150 мг внутрь однократно	Нистатин вагинальные таблетки, 100 тыс. единиц 1 раз в день в течение 14 дней.	Миконазол (вагинальные суппозитории) 200 мг 1 раз в день в течение 3 дней, или Клотримазол (вагинальные таблетки по 100 мг) 2 таблетки в день в течение 3 дней, или Нистатин вагинальные таблетки, 100 тыс. единиц 1 раз в день в течение 14 дней.

a При приеме метронидазола или тинидазола следует избегать употребления спиртных напитков. Метронидазол не рекомендуется назначать в первом триместре беременности.

b Однократный прием клотримазола (500 мг) является также эффективным средством борьбы с дрожжевым микозом (ДМ).

ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Лечение цервикальной инфекции показано в случаях, когда есть вероятность наличия такой инфекции или риск возникновения осложнений достаточно высок (см. цервикальные инфекции в Главе 3 и трансцервикальные процедуры в Главе 2). Лечение по поводу цервицита должно быть добавлено к лечению вагинита, когда есть основания подозревать цервикальную инфекцию (например, когда у полового партнера имеются уретральные выделения) или когда во время гинекологического осмотра с зеркалом обнаружены признаки цервикальной инфекции (слизисто-гнойные выделения или повышенная кровоточивость шейки матки). Лечение цервикальной инфекции проводится в соответствии с рекомендациями, приводимыми в Таблице 2.

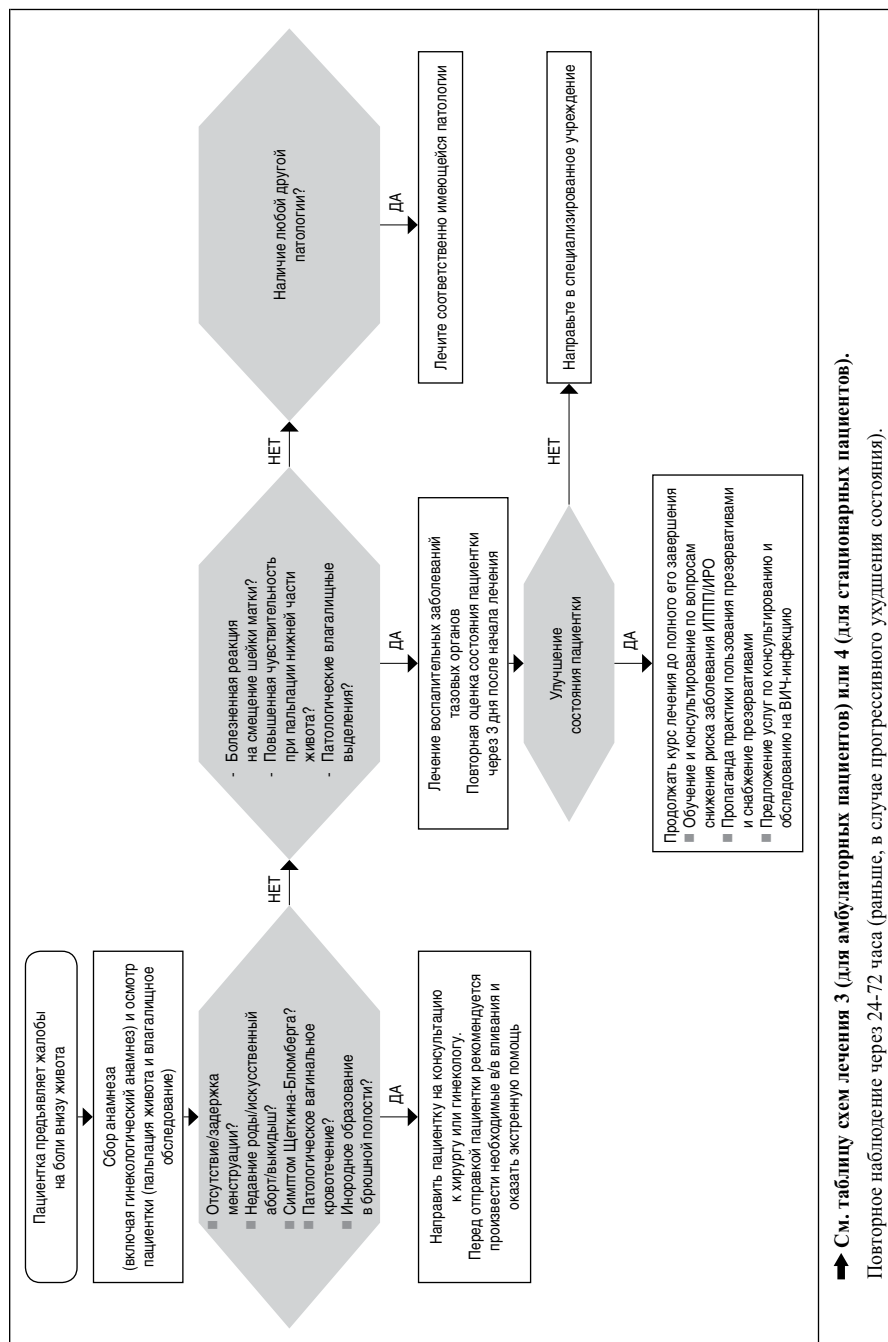
Таблица схем лечения №2. Рекомендуемое лечение при цервикальной инфекции

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение неосложненной гонорейной инфекции ПЛЮС ▪ Лечение хламидийной инфекции 			
Рекомендуемые препараты	Препараты первого выбора Выберите по одному препарату из каждой графы (см. ниже). В итоге должен получиться набор из 2 препаратов.	Высокоэффективные заменители	Если женщина беременна, кормит грудью или ее возраст менее 16 лет Выберите по одному препарату из каждой графы (см. ниже). В итоге должен получиться набор из 2 препаратов.
При гонорейной инфекции	Цефиксим 400 мг внутрь однократно или Цефтриаксон 125 мг в/м	Ципрофлоксацин ^{а,б} 500 мг внутрь однократно или Спектиномицин 2 г в/м	Цефиксим 400 мг внутрь однократно или Цефтриаксон 125 мг в/м
При хламидийной инфекции	Азитромицин 1 г внутрь однократно или Доксициклин ^а 100 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней	Офлоксацин ^{а,б,с} 300 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней Тетрациклин ^а 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней или Эритромицин 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней	Эритромицин ^д 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней или Азитромицин 1 г внутрь однократно или Амоксициклин 500 мг внутрь 3 раза в день в течение 7 дней

- а Назначать доксициклин, тетрациклин, ципрофлоксацин и офлоксацин во время беременности и в период грудного вскармливания не рекомендуется.
- б Необходимо принимать во внимание наличие резистентности возбудителя гонореи к препаратам хинолонового ряда (ципрофлоксацин, офлоксацин) в некоторых регионах, например в таких регионах ВОЗ, как Юго-Восточная Азия и Западный регион Тихого океана.
- с Схема лечения хламидийной инфекции офлоксацином одновременно обеспечивает лечение гонококковой инфекции.
- д Эритромицин эстолат противопоказан при беременности ввиду выраженного токсического воздействия на печень. Допускается использование только эритромицинового основания или эритромицина этилсукцината.

В Приложении 4 указаны альтернативные схемы лечения гонорей.

БЛОК-СХЕМА №2. БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА (У ЖЕНЩИН)



БОЛИ В НИЖНЕМ ОТДЕЛЕ ЖИВОТА

Все женщины, живущие активной половой жизнью и предъявляющие жалобы на боли в нижнем отделе живота, должны быть тщательно обследованы с целью обнаружения возможных признаков ВЗОМТ. Помимо этого, при обнаружении других симптомов заболеваний половых органов рекомендуется провести пальпацию живота и бимануальное гинекологическое обследование, т.к. ВЗОМТ не всегда сопровождаются жалобами на боли в нижнем отделе живота. Группа симптомов, которые позволяют предположить наличие ВЗОМТ, включает: боли внизу живота, боли во время полового акта (диспареунию), возникновение кровотечения после полового акта либо в межменструальном периоде, а также болезненные менструации (если такой симптом появился недавно). Помимо этого, ВЗОМТ могут сопровождаться патологическими выделениями из влагалища, болями при мочеиспускании (дизурия), повышением температуры, тошнотой и рвотой.

Клинические признаки ВЗОМТ могут существенно варьироваться, а интенсивность их проявления может быть минимальной. Повышенная чувствительность при пальпации нижнего отдела живота или бимануальном обследовании матки и яичников, наличие инфекции нижнего отдела полового тракта, а также болезненная реакция на смещение шейки матки при гинекологическом обследовании указывают на высокую вероятность наличия ВЗОМТ. Могут также присутствовать такие симптомы, как увеличение в размере или индукция одной или обеих маточных труб, появление объемного, болезненного при пальпации образования в полости малого таза и болезненность живота во время пальпации или в момент внезапного ослабления давления на брюшную стенку. Температура тела при этом может быть слегка повышенной, но часто сохраняется в пределах нормы.

Ввиду того, что нелеченные ВЗОМТ представляют серьезную угрозу для здоровья женщины, врач должен всегда проявлять повышенную настороженность при невозможности точной диагностики и проводить **обязательное лечение всех сомнительных случаев**. Лечение должно начинаться немедленно после постановки предварительного диагноза, так как предупреждение хронических осложнений более результативно при немедленном начале адекватной антибиотикотерапии.

Группа возбудителей ВЗОМТ включает гонококки, хламидии, анаэробные микроорганизмы, грамотрицательные факультативные бактерии и стрептококки. Поскольку дифференцировать на основании клинической картины между вышеуказанными возбудителями невозможно и постановка точного микробиологического диагноза существенно затруднена, назначаемое лечение должно быть направлено против всего спектра вышеперечисленных возбудителей. В таблицах № 3 и № 4 приводятся некоторые рекомендуемые схемы лечения ВЗОМТ.

Половые партнеры пациентов с ВЗОМТ должны также получить курс лечения гонореи и хламидиоза (см. Таблицу 8)

Примечание: при сборе анамнеза и общем осмотре пациента следует исключить другие причины возникновения болей в нижней части живота, включая острый аппендицит и инфекцию мочевыводящих путей.

Таблица схем лечения №3. Рекомендуемое лечение при ВЗОМТ в амбулаторных условиях

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение гонорейной инфекции с однократным приемом препаратов ПЛЮС <ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение хламидийной инфекции с однократным или многократным приемом препаратов ПЛЮС <ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение анаэробной инфекции 		
Рекомендуемые препараты	Препараты первого выбора Выберите по одному препарату из каждой графы (см. ниже). В итоге должен получиться набор из 3 препаратов.	Высокоэффективные заменители
При гонорейной инфекции	Цефтриаксон 250 мг в/м	Цефиксим 400 мг внутрь однократно или Ципрофлоксацин ^а 500 мг внутрь однократно или Спектиномицин 2 г в/м
При хламидийной инфекции	Доксициклин ^б 100 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней или Тетрациклин ^б 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 14 дней	Азитромицин 1 г внутрь однократно или Офлоксацин ^а 300 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней или Эритромицин ^а 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней
При анаэробной инфекции	Метронидазол ^с 400-500 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней	

- а Необходимо принимать во внимание наличие резистентности возбудителя гонореи к препаратам хинолонового ряда (ципрофлоксацин, офлоксацин) в некоторых регионах, например в таких регионах ВОЗ, как Юго-Восточная Азия и Западный регион Тихого океана.
- б Назначать эти препараты во время беременности и в период грудного вскармливания не рекомендуется. ВЗОМТ при беременности встречаются редко – см. Главу 9, в которой изложены рекомендации по лечению эндометритов и сопутствующих инфекций во время беременности и в послеродовом периоде.
- с Пациентам, принимающим метронидазол, рекомендуется избегать употребления спиртных напитков; рекомендуется избегать назначения метронидазол в первом триместре беременности.
- д Эритромицина эстолат противопоказан при беременности ввиду выраженного токсического воздействия на печень. Допускается использование только эритромицинового основания или эритромицина этилсукцината.

Примечание: пациентов с острым воспалительным заболеванием тазовых органов настоятельно рекомендуется госпитализировать в следующих случаях:

- не исключается наличие неотложного состояния (аппендицит, внематочная беременность и т.д.), требующего хирургического вмешательства;
- имеется подозрение на тазовый абсцесс;
- тяжесть заболевания исключает возможность проведения амбулаторного лечения;
- пациентка беременна;
- пациентка является лицом подросткового возраста;
- пациентка не способна самостоятельно выполнять назначения врача или переносить лечение, назначаемое по амбулаторной схеме; или
- амбулаторное лечение не дает желаемых результатов.

Таблица схем лечения №4. Рекомендуемые схемы стационарного лечения ВЗОМТ

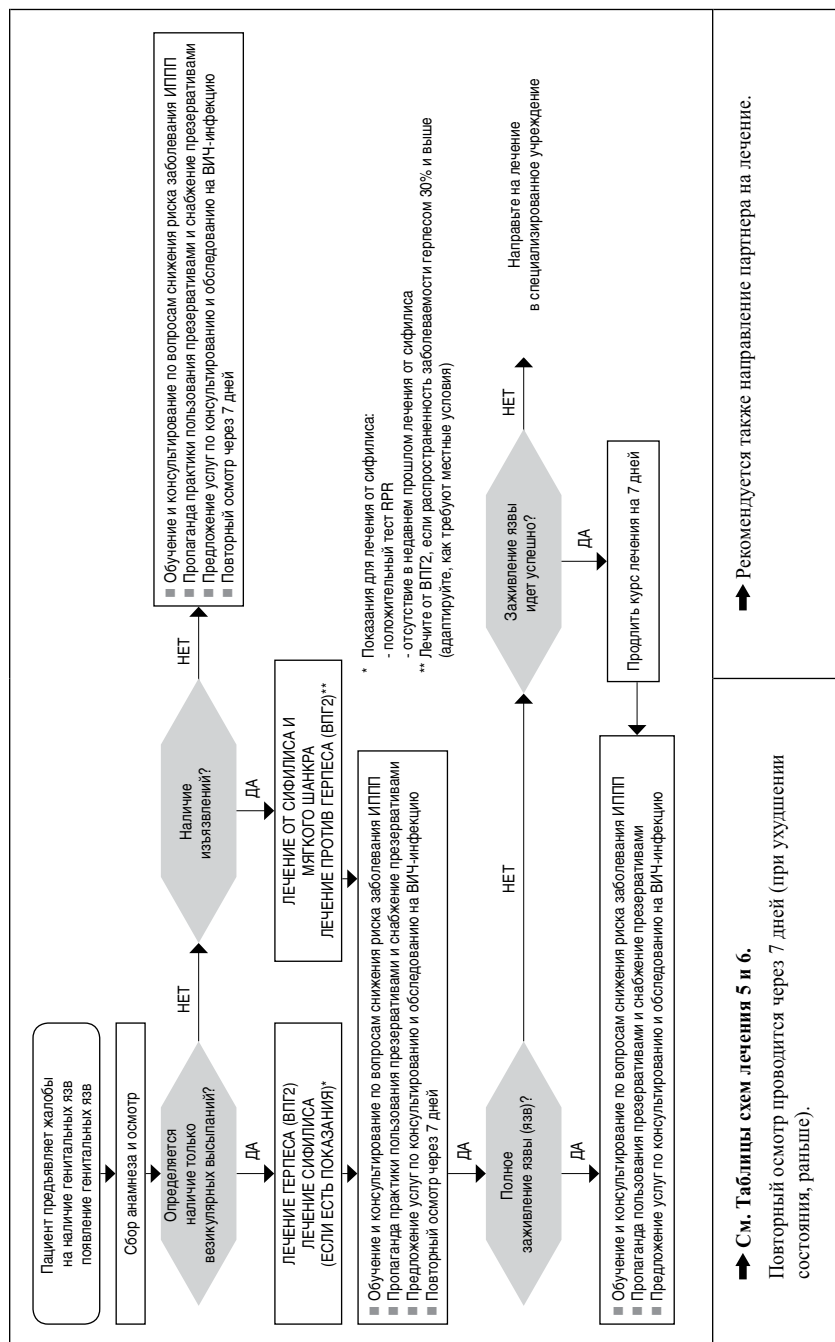
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение гонорейной инфекции ПЛЮС <ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение хламидийной инфекции ПЛЮС <ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение анаэробной инфекции 			
Рекомендуемые препараты	Схема 1 Выберите по одному препарату из каждой графы. В итоге должен получиться набор из 3 препаратов. После стационарного лечения продолжите лечение амбулаторно (см. последнюю графу).	Схема 2 Назначьте оба препарата. После стационарного лечения продолжите лечение амбулаторно (см. последнюю графу).	Схема 3 Рекомендуемые препараты находятся в широкой продаже. Назначаются все три препарата. После стационарного лечения продолжите лечение амбулаторно (см. последнюю графу).
При гонорейной инфекции	Цефтриаксон 250 мг в/м 1 раз в день или Ципрофлоксацин ^а 500 мг внутрь однократно или Спектиномицин 2 г в/м	Гентамицин 1,5 мг/кг веса в/в через каждые 8 часов ПЛЮС Клиндамицин 900 мг в/в через каждые 8 часов	Ампициллин 2 г в/в или в/м, затем по 1 г через каждые 6 часов ПЛЮС Гентамицин 80 мг в/м через каждые 8 часов ПЛЮС Метронидазол 500 мг или 100 мл в/в через каждые 8 часов
При хламидийной инфекции	Доксициклин ^{б,с} 100 мг внутрь либо в/в 2 раза в день в течение 14 дней или Тетрациклин ^с 500 мг внутрь 4 раза в день		
При анаэробной инфекции	Метронидазол 400-500 мг внутрь либо в/в 2 раза в день или Хлорамфеникол ^с 500 мг внутрь или в/в 4 раза в день		
<p>При использовании любой из этих трех схем, лечение должно продолжаться как минимум в течение 2 дней после улучшения состояния больного с последующим назначением одного из нижеуказанных амбулаторных курсов: Доксициклин^с 100 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней или Тетрациклин^с 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 14 дней.</p>			

- a Необходимо принимать во внимание наличие резистентности возбудителя гонореи к препаратам хинолонового ряда (ципрофлоксацин) в некоторых регионах, например в таких регионах ВОЗ, как Юго-Восточная Азия и Западный регион Тихого океана
- б Внутривенное введение доксициклина является болезненным для пациента и не обладает каким-либо преимуществом по сравнению с введением препарата per os, при условии, что пациент способен самостоятельно принимать лекарство.
- с Назначать эти препараты во время беременности и в период грудного вскармливания не рекомендуется. ВЗОМТ при беременности встречаются редко – см. Главу 9, в которой изложены рекомендации по лечению эндометритов и сопутствующих инфекций во время беременности и в послеродовом периоде.

ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Повторное обследование амбулаторных больных должно проводиться не позднее 72 часов после начала лечения (при высокой температуре повторное обследование больной проводится в течение 24 часов). При отсутствии положительной динамики пациентка должна быть госпитализирована. Заметное улучшение состояния пациентки (отсутствие высокой температуры, уменьшение болезненности при пальпации живота, тела матки и яичников, а также смещении шейки матки при гинекологическом обследовании) должно наступать в течение 3 дней с начала лечебного курса. При отсутствии положительной динамики в состоянии больной целесообразна ее госпитализация для проведения дополнительных диагностических тестов или хирургического вмешательства.

БЛОК-СХЕМА №3. ГЕНИТАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ (У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН)



ГЕНИТАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

Распространенность язвенных заболеваний половых органов различна в различных регионах мира, однако наиболее часто встречаются генитальный герпес, мягкий шанкр и сифилис. Проведение точной дифференциальной диагностики генитальных язв на основании только клинических признаков является очень трудной задачей, особенно в тех случаях, когда в данном регионе распространены сразу несколько их видов. У ВИЧ-инфицированных клинические проявления и характер течения язвенных болезней половых органов могут иметь определенные особенности, затрудняющие их диагностирование.

При выявлении генитальных язв у пациента лечение должно назначаться с учетом местных этиологических особенностей. Например, если в данном регионе широко распространены сифилис и мягкий шанкр, то лечение должно быть назначено против обеих инфекций в первый же визит, с тем, чтобы обеспечить адекватную терапию в случае, если пациент не придет в клинику повторно. При значительном распространении в регионе такой болезни, как паховая гранулема (донованоз), лечебный курс должен дополняться назначением соответствующих препаратов. Во многих странах мира генитальный герпес стал наиболее частым причинным фактором язвенной болезни половых органов. В тех регионах, где характерна высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией, большая доля случаев язвенных заболеваний половых органов является, по всей вероятности, следствием герпесной инфекции (ВПГ-2). Язвенные поражения половых органов герпесной этиологии так же, как и язвенные ИППП у ВИЧ-инфицированных лиц могут развиваться атипичным образом и иметь затяжное течение. Несмотря на отсутствие действенного средства против ВПП-2, применение противовирусных препаратов (таких как ацикловир) может способствовать сокращению острого периода заболевания и снижать вероятность передачи вируса здоровому человеку. Если в данном регионе имеется дефицит противовирусных препаратов, то они должны в первую очередь использоваться для лечения больных тяжелой формой генитального герпеса (ВПГ-2) или опоясывающего лишая, т.к. оба этих заболевания нередко являются спутниками ВИЧ-инфекции (см. Блок 8.1)

Проведение дифференциальной диагностики генитальных язв с помощью лабораторных методов чаще всего является невозможным во время первого визита больного в клинику и может даже ввести врача в заблуждение. В регионах с высоким уровнем заболеваемости сифилисом серологический анализ крови может дать положительный ответ под влиянием «шлейфа», оставшегося после излечения от этой инфекции, даже в том случае, когда генитальная язва вызвана мягким шанкром или герпесной инфекцией и не имеет отношения к ранее перенесенному сифилису.

ВЕДЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНЫХ ЯЗВ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Лечение сифилиса и мягкого шанкра.
- Лечение генитального герпеса, включая лечение инфекции, вызываемой вирусом ВПП-2, в тех регионах, где его распространенность составляет 30% и более.
- В зависимости от местной эпидемиологической обстановки, добавление лечения по поводу паховой гранулемы (донованоза) и/или болезни Никола-Фавра (лимфогранулема венерическая).
- Рекомендации пациенту по основному уходу и обработке язвенных поражений (содержание в чистоте и сухости)
- Отсасывание жидкости из флюктуирующих лимфоузлов (следует избегать хирургического вскрытия).
- Повышение уровня грамотности пациентов в вопросах соблюдения назначенного лечения и снижения риска инфицирования.
- Пропаганда пользования презервативами и обеспечение свободного доступа к этим средствам защиты.
- Предложение услуг по проведению серологического анализа на ВИЧ-инфекцию (при наличии такой возможности).

- В случае, если генитальная язва не заживает полностью в течение 7 дней, пациенту рекомендуется обратиться к врачу повторно. При ухудшении состояния пациент должен обратиться к врачу немедленно.
- Оказание помощи пациенту в излечении заболевания у его/ее полового партнера.

Таблица схем лечения №5. Рекомендуемое лечение при генитальных язвах

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение сифилиса (однократная доза) ПЛЮС <ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение мягкого шанкра (однократная или многократная доза) 			
Рекомендуемые препараты	Препараты первого выбора Выберите по одному препарату из каждой графы (см. ниже). В итоге должен получиться набор из 2 препаратов.	Высокоэффективные заменители	Если женщина беременна, кормит грудью или моложе 16 лет Выберите по одному препарату из каждой графы (см. ниже). В итоге должен получиться набор из 2 препаратов.
При сифилисе	Бензатин пенициллин 2,4 млн. ед однократно в/м Примечание: Пациенты, у которых отсутствуют язвы, но имеется положительный тест на сифилис, должны получить 3 вышеуказанные дозы с недельными интервалами между ними.	Доксициклин ^с 100 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней или Тетрациклин ^с 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 14 дней	Бензатин пенициллин 2,4 млн. ед однократно в/м или (При раннем сифилисе) Эритромицин ^с 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 15 дней или (При позднем сифилисе) Эритромицин ^с 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 30 дней
При мягком шанкре	Ципрофлоксацин ^а 500 мг внутрь 2 раза в день в течение 3 дней, или Азитромицин 1 г внутрь однократно или Эритромицин ^с 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней или	Цефтриаксон ^{а,б} 250 мг в/м однократно	Эритромицин ^с 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней или Азитромицин 1 г внутрь однократно или Цефтриаксон 250 мг однократно в/м

продолжение следует

Таблица схем лечения №5. Рекомендуемое лечение при генитальных язвах (продолжение)

Дополнительное лечение при герпесной инфекции, вызываемой вирусом ВПГ-2 (назначается при широкой распространенности этой инфекции в конкретном регионе – см. блок-схему 3)		
При генитальном герпесе	<p>Первичная инфекция</p> <p>Ацикловир ^с 200 мг внутрь 5 раз в день в течение 7 дней или Ацикловир ^с 400 мг внутрь 3 раза в день в течение 7 дней</p>	<p>Ацикловир ^с Дозировка как при первичном поражении</p> <p>Назначать лишь в тех случаях, когда преимущества лечения очевидны, несмотря на риск, связанный с назначением ацикловира данной категории женщин</p>
	<p>Рецидивирующая инфекция</p> <p>Ацикловир ^с 200 мг внутрь 5 раз в день в течение 5 дней или Ацикловир ^с 400 мг внутрь 3 раза в день в течение 5 дней</p>	

- а Необходимо принимать во внимание наличие резистентности возбудителя гонореи к препаратам хинолонового ряда (ципрофлоксацин) в некоторых регионах, например в таких регионах ВОЗ, как Юго-Восточная Азия и Западный регион Тихого океана.
- б Эритромицина эстолат противопоказан при беременности ввиду выраженного токсического воздействия на печень. Допускается использование только эритромицинового основания или эритромицина этилсукцината.
- с Данные препараты противопоказаны для беременных и кормящих грудью.

В таблице лечебных схем №6 указаны дополнительные назначения, которые могут потребоваться при лечении генитальных язв в регионах с соответствующей эпидемиологической обстановкой.

Таблица схем лечения №6. Рекомендуемое дополнительное лечение при генитальных язвах

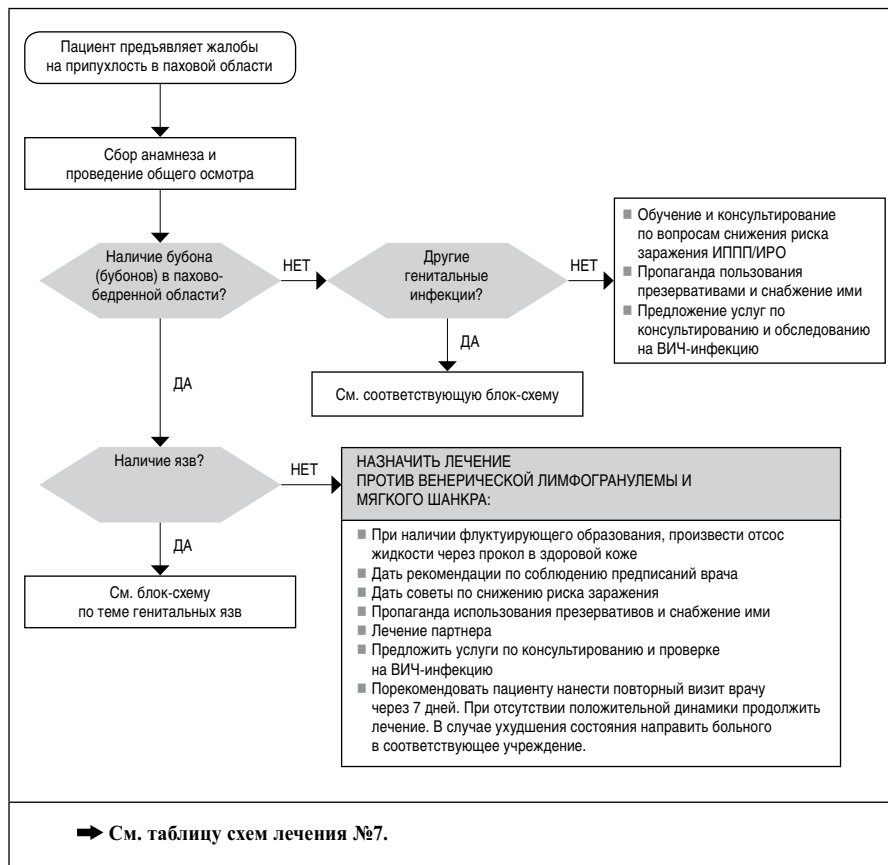
В регионах, где генитальные язвы могут вызываться паховой гранулемой или лимфогранулемой венерической, лечебный курс может дополняться следующими назначениями (в некоторых случаях для лечения этих заболеваний могут использоваться схемы из Таблицы лечебных схем №5)			
Рекомендуемые препараты	Препараты первого выбора	Высокоэффективные заменители	Если женщина беременна, кормит грудью или ее возраст менее 16 лет
При паховой гранулеме (донованоз) Лечение паховой гранулемы должно продолжаться до полной эпителизации всех язв.	Азитромицин 1 г внутрь однократно в первый день, затем по 500 мг внутрь 1 раз в день или Доксициклин ^а 100 мг внутрь 2 раза в день	Эритромицин ^б 500 мг внутрь 4 раза в день или Тетрациклин ^а 500 мг внутрь 4 раза в день или Триметоприм (80 мг) / сульфаметоксазол (400 мг) по 2 таблетки 2 раза в день	Азитромицин 1 г внутрь однократно или Эритромицин ^б 500 мг внутрь 4 раза в день
При лимфогранулеме венерической	Доксициклин ^а 100 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней или Эритромицин ^б 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 14 дней	Тетрациклин ^а 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 14 дней	Эритромицин ^б 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 14 дней

- а. Назначать эти препараты во время беременности и в период грудного вскармливания не рекомендуется.
 б. Эритромицина эстолат противопоказан при беременности ввиду выраженного токсического воздействия на печень. Допускается использование только эритромицинового основания или эритромицина этилсульцината.

Блок 8.1. Генитальные язвы и ВИЧ-инфекция

<p>Наличие генитальных язв способствует распространению ВИЧ-инфекции в большей степени, чем другие ИППП/ИРО. Мягкий шанкр, генитальный герпес и сифилис имеют широкое распространение в регионах, где отмечается высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией, поэтому борьба с ними является важным компонентом мероприятий, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции.</p> <p>Наличие ВИЧ-инфекции может изменять клиническое проявление генитальных язв, существенно затрудняя их диагностику. Поражение тканей, возникающее в результате первичного и вторичного сифилиса, может носить атипичный характер; при мягком шанкре поражения носят более обширный характер и могут порой развиваться с большой скоростью. Это обстоятельство является еще одним аргументом, говорящим в пользу раннего начала лечения инфекции, особенно среди носителей ВИЧ-инфекции. Лечение генитальных язв проводится по одной и той же схеме вне зависимости от того, является ли пациент носителем ВИЧ-инфекции или нет. Пациент должен в обязательном порядке нанести повторный визит врачу через 7 дней после начала лечения. При отсутствии явной положительной динамики в состоянии больного курс лечения следует продолжить.</p> <p>Простой герпес может приводить к формированию персистирующих множественных язв, требующих принятия соответствующих мер. Использование противовирусных препаратов может способствовать снижению интенсивности язвенных поражений. Пациент должен получить надлежащее разъяснение относительно сущности и целей проводимого лечения, что позволит избежать завышенных ожиданий таких, как ожидание полного излечения.</p>

БЛОК-СХЕМА №4. ПАХОВЫЙ БУБОН (У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН)



ПАХОВЫЙ БУБОН

Под паховым/бедренным бубоном подразумевается увеличение лимфатических узлов в паховой области, сопровождающееся болезненностью и иногда флюктуацией (лимфатический узел мягкий на ощупь и внутри него ощущается наличие жидкости). Если происходит прорыв бубона, то внешне он может напоминать язву в паховой области. Бубоны часто сопровождают течение лимфогранулемы венерической и мягкого шанкра. В то время как генитальные язвы при мягком шанкре у мужчин в большинстве случаев легко распознать при визуальном обследовании, язвы, локализующиеся во влагалище у женщин, могут быть пропущены. Если для данного региона характерна высокая заболеваемость паховой гранулемой (донованозом), то эта болезнь также должна учитываться в качестве возможной причины возникновения пахового бубона.

При сочетании у больного пахового бубона и генитальной язвы, необходимо следовать блок-схеме и таблице лечебных схем, рекомендуемых для генитальной язвы. Таблица лечебных схем № 7 должна применяться в случае изолированного наличия пахового бубона (без генитальной язвы). Локальные и системные инфекции, передаваемые неполовым путем (например, инфекционные поражения в области нижних конечностей) также могут вызывать увеличение паховых лимфоузлов.

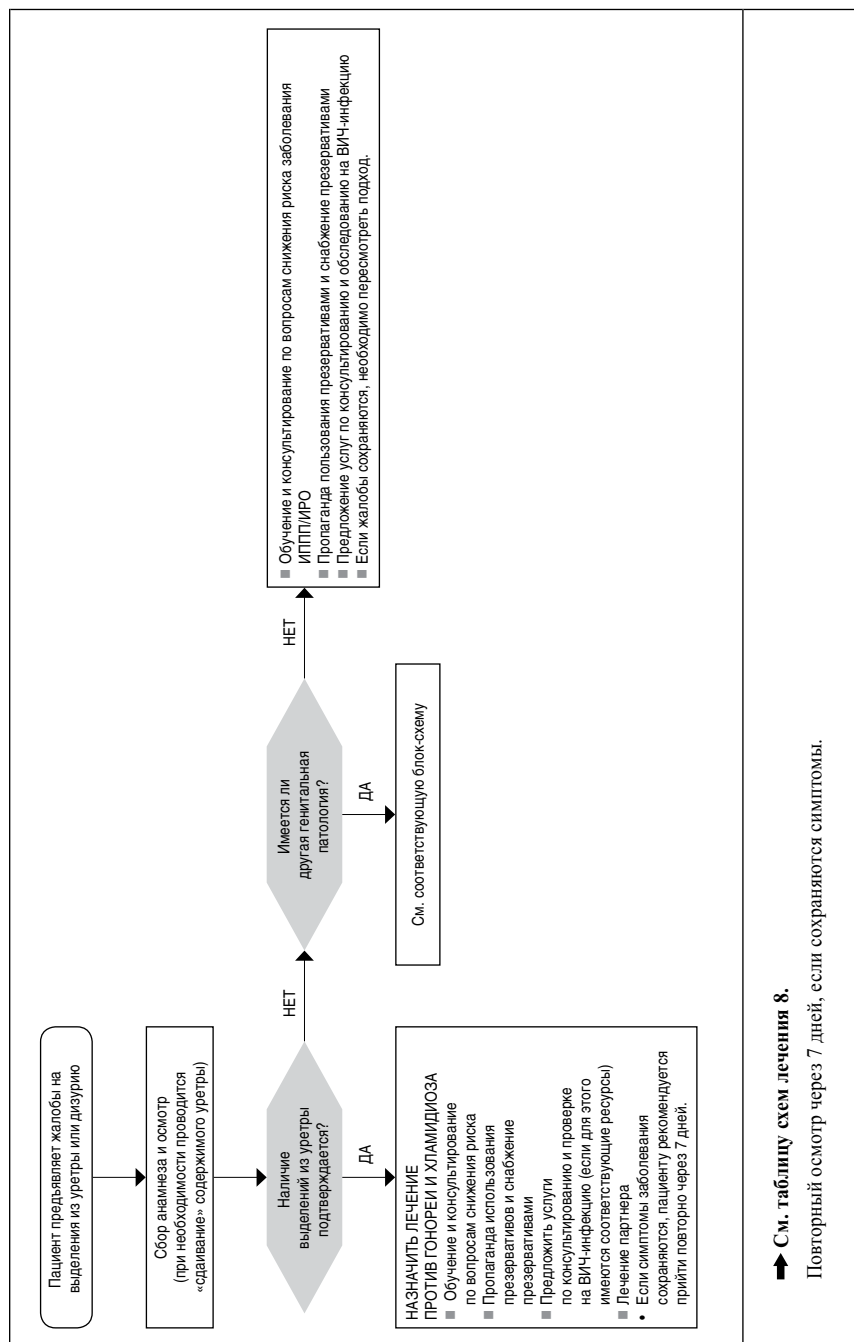
Таблица схем лечения №7. Рекомендуемое лечение при паховом бубоне

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Однократная доза или продолжительный курс лечения мягкого шанкра ПЛЮС ▪ Продолжительный курс лечения лимфогранулемы венерической 			
Рекомендуемые препараты	Препараты первого выбора Выберите по одному препарату из каждой графы В итоге должен получиться набор из 2 препаратов.	Высокоэффективные заменители	Если женщина беременна, кормит грудью или в возрасте до 16 лет
При мягком шанкре	Ципрофлоксацин ^{а,б} 500 мг внутрь 2 раза в день в течение 3 дней или Эритромицин ^с 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней	Азитромицин 1 г внутрь однократно или Цефтриаксон 250 мг однократно в/м	Эритромицин ^с 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 14 дней (одновременное лечение мягкого шанкра и лимфогранулемы венерической)
При лимфогранулеме венерической	Доксициклин ^а 100 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней	Тетрациклин ^а 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 14 дней	

- а Назначать эти препараты во время беременности и в период грудного вскармливания не рекомендуется.
- б Необходимо принимать во внимание наличие резистентности возбудителя гонореи к препаратам хинолонового ряда (ципрофлоксацин) в некоторых регионах, например в таких регионах ВОЗ, как Юго-Восточная Азия и Западный регион Тихого океана.
- с Эритромицина эстолат противопоказан при беременности ввиду выраженного токсического воздействия на печень. Допускается использование только эритромицинового основания или эритромицина этилсукцината.

Примечание: в некоторых случаях продолжительность курса лечения может превышать рекомендуемый 14-дневный срок. Пункция с целью аспирации содержимого флюктуирующих лимфоузлов должна проводиться через участки кожи, не затронутые инфекцией. Делать надрезы с последующим дренированием раны либо иссекать пораженный лимфоузел не рекомендуется в связи с тем, что такие процедуры могут задерживать процесс выздоровления.

БЛОК-СХЕМА №5. ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ УРЕТРЫ (У МУЖЧИН)



➔ См. таблицу схем лечения 8.

Повторный осмотр через 7 дней, если сохраняются симптомы.

УРЕТРАЛЬНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ

Мужчины, предъявляющие жалобы на боли при мочеиспускании (дизурия) и выделения из уретры должны быть обследованы на наличие таковых выделений. Если при внешнем осмотре выделений не обнаруживается, следует провести осторожный массаж уретры, начиная от основания полового члена в направлении к наружному отверстию мочеиспускательного канала («сдаивание»). В некоторых случаях подтвердить наличие уретральных выделений достаточно сложно, в особенности, если пациент недавно помочился. В связи с этим, если имеющиеся симптомы наводят на мысль о наличии инфекции, рекомендуется назначить соответствующее лечение.

В большинстве случаев причиной появления уретральных выделений являются гонорея и хламидиоз. В соответствии с принципами синдромного подхода, лечение пациентов с выделениями из уретры должно быть направлено против обеих инфекций. При наличии оборудованной лаборатории возможно проведение точной этиологической диагностики и назначение специфического лечения. Пациентам рекомендуется повторная явка к врачу, если симптомы заболевания не исчезают в течение 7 дней после начала лечения.

Все лица, имевшие половой контакт с пациентом в течение предыдущих двух месяцев, также должны пройти соответствующий курс лечения. Применение этого принципа дает возможность пролечить женщин, у которых гонорея или хламидийная инфекция протекают бессимптомно. Женщины-партнеры должны получить лечение от цервицита (см. таблицу схем лечения №2).

Таблица схем лечения №8. Рекомендуемое лечение при уретральных выделениях (у мужчин)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение неосложненной гонореи ПЛЮС ▪ Лечение хламидиоза 		
Рекомендуемые препараты	Препараты первого выбора Выберите по одному препарату из каждой графы. В итоге должен получиться набор из 2 препаратов.	Высокоэффективные заменители
При гонорее	Цефиксим 400 мг внутрь однократно или Цефтриаксон 125 мг однократно в/м	Ципрофлоксацин ^а 500 мг внутрь однократно или Спектиномицин 2 г в/м
При хламидиозе	Азитромицин 1 г внутрь однократно или Доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней	Офлоксацин ^{а,б} 300 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней или Тетрациклин 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней или Эритромицин 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней

а Необходимо принимать во внимание наличие резистентности возбудителя гонореи к препаратам хинолонового ряда (ципрофлоксацин, офлоксацин) в некоторых регионах, например в таких регионах ВОЗ, как Юго-Восточная Азия и Западный регион Тихого океана.

б Офлоксацин, назначаемый при лечении хламидийной инфекции, также обеспечивает излечение гонореи. В некоторых регионах может отмечаться устойчивость гонококков к препаратам хинолинового ряда (ципрофлоксацин, офлоксацин).

Невылеченная уретральная инфекция может иногда осложняться эпидидимитом, для которого характерно острое начало, сопровождающееся болезненностью и опуханием одного из яичек (необходимо исключить перекручивание яичка, требующее неотложного хирургического вмешательства).

Отек мошонки у мужчин в возрасте до 35 лет обычно является осложнением инфекций половых органов и лечится таким же образом, как выделения из уретры. Важно помнить, что отек мошонки также может иметь другие причины и даже представлять собой неотложное состояние. Если в анамнезе пациента имеется травма мошонки или при осмотре обнаруживается, что яичко подтянуто к паху или перекручено, то в этом случае необходимо срочно направить больного на консультацию к хирургу.

ВЕДЕНИЕ ДРУГИХ ИППП/ИРО

Помимо вышеуказанных заболеваний, в группу ИППП/ИРО входят также аногенитальный папилломатоз (остроконечные кондиломы), лобковая вшивость и чесотка. Рекомендуемое лечение этих состояний представлено в Таблице схем лечения № 9 и Таблице схем лечения №10. Для более подробного описания принципов лечения вышеперечисленных состояний и других синдромов обращайтесь к руководству «Лечение инфекций, передаваемых половым путем» (ВОЗ, 2001).

Таблица схем лечения №9. Рекомендуемое лечение аногенитального папилломатоза

Процедуры, выполняемые самим пациентом ⁶	Процедуры, выполняемые врачом
<p>Пододифиллотоксин^a – 0,5% раствор или гель. Препарат наносится на пораженный участок при помощи ватного тампона 2 раза в день в течение 3 дней, после чего следует 4-дневный перерыв. Цикл может повторяться до 4 раз. Совокупная суточная доза препарата не должна превышать 0,5 мл.</p>	<p>Пододифиллин^a – 10-25% настойка бензойной смолы. Препарат осторожно наносится на папилломы. Следует избегать попадания препарата на здоровую ткань. Через 1-4 часа после нанесения пододифиллина на наружные генитальные и перианальные папилломы необходимо смыть препарат водой с мылом. При лечении вагинальных или анальных эпителиальных папиллом следует выждать, пока препарат не подсохнет, и только после этого извлечь зеркало или расширитель. Повторное нанесение препарата производится с недельным интервалом.</p>
<p>Имиквимод^a – 5% крем. Препарат наносится пальцем на пораженный участок перед сном и оставляется на всю ночь (3 раза в неделю). Длительность курса лечения не должна превышать 16 недель. Через 6-10 часов после нанесения препарат следует смыть водой с мылом.</p>	<p>Трихлорацетатная кислота (80-90%). Препарат осторожно наносится на пораженные участки (следует избегать его попадания на здоровую ткань) с последующим присыпанием тальком или пищевой содой для нейтрализации избыточной кислоты. Препарат наносится повторно с недельным интервалом.</p>

- а. Использование препарата противопоказано при беременности.
- б. Процедура предусматривает нанесение препарата на открытые участки, пораженные аногенитальным папилломатозом, самим пациентом без посторонней помощи, однако первая процедура должна выполняться врачом, назначившим лечение.

В арсенал методов лечения генитального папилломатоза входят также криотерапия, электрохирургия и удаление папиллом посредством обычных хирургических манипуляций. Выбор метода зависит от степени оснащенности врачебного кабинета, а также от анатомического расположения папиллом. При использовании химических препаратов необходимо соблюдать особую осторожность с тем, чтобы не повредить здоровую ткань. Лечение цервикальных папиллом должно проводиться при участии специалиста, владеющего методами диагностики цервикальной дисплазии при помощи мазков по Папаниколу и других диагностических тестов. Врач должен предупредить пациента о возможности рецидива папилломатоза после проведенного лечения.

Таблица схем лечения №10. Рекомендуемое лечение чесотки и педикулеза

Чесотка	Педикулез
<p>Линдан^а – 1% лосьон или крем. Препарат наносится на всю поверхность тела, начиная с шеи, и смывается через 8 часов. В некоторых регионах отмечается резистентность чесоточных клещей к воздействию линдана.</p>	<p>Линдан^а – 1% лосьон или крем. Препарат осторожно, но тщательно втирается в пораженные участки и прилегающие волосистые области тела и затем смывается через 8 часов. Также допускается применять шампунь, приготовленный на основе линдана (1%). Шампунь наносится на пораженные участки кожи и тщательно смывается через 4 минуты.</p>
<p>Бензил бензоат – 25% лосьон. Препарат наносится перед сном на всю поверхность тела, начиная с шеи, и оставляется на всю ночь (лечение продолжается 2 ночи подряд). Пациент может помыться перед повторным нанесением препарата. По прошествии 24 часов после нанесения последней порции препарата пациент должен обязательно помыться.</p>	<p>Пиретрин плюс пиперонил бутоксид – наносится на пораженные участки и прилегающие волосистые участки тела и смываются по прошествии 10 минут. Повторное применение препаратов показано при обнаружении лобковых вшей или яиц на границе кожного и волосного покровов через 7 дней после первого применения.</p>
<p>Перметрин – 5% крем. Препарат наносится перед сном на всю поверхность тела, начиная с шеи, и оставляется на всю ночь (процедура продолжается 3 ночи подряд). Пациент может помыться перед повторным нанесением препарата. По прошествии 24 часов после нанесения последней порции препарата пациент должен обязательно помыться.</p>	
<p>Кротамитон – 10% лосьон. Препарат наносится перед сном на всю поверхность тела, начиная с шеи, и оставляется на всю ночь (процедура продолжается 2 ночи подряд). Пациент должен тщательно помыться через 24 после нанесения второй дозы. В некоторых географических регионах может потребоваться более длительный курс лечения, до 5 ночей. (Помимо лечебного, кротамитон оказывает и противозудный эффект).</p>	
<p>Серная мазь – 6% на вазелиновой основе. Препарат наносится перед сном на всю поверхность тела, начиная с шеи, и оставляется на всю ночь (процедура продолжается 3 ночи подряд). Пациент может помыться перед повторным нанесением препарата. По прошествии 24 часов после нанесения последней порции препарата пациент должен обязательно помыться.</p>	

а. Использовать линдан при беременности или в период лактации не рекомендуется.

Педикулез и чесотка легко передаются при половом контакте. С другой стороны, необходимо учитывать, что заражение может происходить и другими путями – например, через постельное белье или при близком телесном контакте. Врач должен проявлять соответствующую деликатность при работе с такими пациентами. Рекомендуется назначить лечение всем членам семьи пациента, особенно если они проживают в стесненных условиях. Всю одежду, постельное белье и полотенца необходимо постирать (желательно, в очень горячей воде), тщательно просушить и погладить горячим утюгом.

ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЕВ ИППП И ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

Эффективное ведение многих болезней, передаваемых половым путем, о которых шла речь выше, требует дополнительных мер. Незамедлительное и эффективное ведение ИППП позволяет снизить риск возникновения осложнений и предупреждает дальнейшее распространение инфекции в пределах данного сообщества.

Ведение ИППП не ограничивается только диагностикой и лечением инфекции. Даже в случае, когда лечение ИППП проводится правильно, возможны неудачи в лечении, а также повторное инфицирование. Некоторые пациенты перестают принимать лекарства при появлении первых признаков улучшения; либо не привлекают к лечению своего полового партнера, не пользуются презервативами либо не воздерживаются от половой жизни во время лечения; еще одной из причин неудачного лечения инфекции является высокая устойчивость возбудителя к действию лекарственных препаратов. Поэтому, тактика борьбы с ИППП должна строиться с учетом всех вышеперечисленных факторов.

ПОЛНОЦЕННОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО КУРСА

Обязательным условием эффективного лечения ИППП является получение пациентом полной лечебной дозы назначенного препарата (данное условие также действительно в отношении ИРО, передаваемых неполовым путем). В связи с этим, лечебные схемы, предусматривающие однократный прием препарата, обладают явным преимуществом в сравнении с лечебными курсами, когда препарат вводится в несколько приемов в течение нескольких дней. В тех случаях, когда однократный прием препарата по каким-либо причинам является невозможным, врач должен убедить пациента осознать важность приема *всей* назначенной дозы лекарства. Пациент должен знать, что препарат необходимо продолжать принимать в соответствии с назначениями врача даже в том случае, если он почувствует улучшение состояния через несколько дней. Врач должен предостеречь пациентов, чтобы они не делились своей дозой с партнером и не продлевали интервалы между приемом отдельных доз препаратов. Сотрудникам аптек не рекомендуется продавать частичный курс антибиотиков лицам, которые не имеют достаточных средств для приобретения полного курса лекарства. Если клиника не имеет возможности предоставить лечение бесплатно, необходимо изыскать пути для оказания помощи малообеспеченным пациентам в покупке необходимых лекарств.

Пациентам рекомендуется избегать половых контактов без использования презерватива до окончания назначенного им (и их партнерам) лечебного курса и полного исчезновения симптомов. Если пациенту назначен однократный прием препарата, то в этом случае период воздержания от незащищенных половых контактов должен составлять одну неделю. Ниже приводятся дополнительные рекомендации, которым нужно следовать при наличии конкретных синдромов:

- При язвенных поражениях половых органов пациенты должны подвергаться повторным обследованиям с периодичностью в одну неделю. Пациентам рекомендуется избегать половых контактов до момента полного заживления (повторной эпителизации) язвы.
- Женщины, получающие лечение по поводу воспалительных заболеваний органов малого таза, должны избегать половых контактов на протяжении всего лечебного курса или пользоваться презервативами.
- Женщины, получающие лечение по поводу бактериального вагиноза или кандидоза, могут возобновить половую жизнь, как только исчезнет физический дискомфорт.

ПРОСВЕЩЕНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ИППП

Лица, получившие лечение по поводу ИППП, могут быть более расположены к тому, чтобы придерживаться более безопасных моделей сексуального поведения. Врач должен расценивать каждое посещение пациентом лечебного учреждения как дополнительную возможность для проведения разъяснительной работы по профилактике ИППП. В процессе совместного обсуждения обстоятельств, способствующих заражению ИППП, врач убеждает пациента следовать более безопасным моделям сексуального поведения с тем, чтобы защитить себя от заражения ИППП в будущем. Беседа на предмет профилактики должна в обязательном порядке включать обсуждение возможных осложнений ИППП (включая бесплодие и повышенный риск ВИЧ-инфицирования), а также пропаганду пользования презервативами, с наглядным показом техники употребления, а также консультирование по вопросам безопасного секса (Глава 4).

ВЕДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ (УВЕДОМЛЕНИЕ, НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРИЕМ И ЛЕЧЕНИЕ)

Пациент, получающий лечение по поводу ИППП, обычно отмечает улучшение состояния, но, в случае, когда сексуальный партнер не был своевременно пролечен, может прийти на повторный прием с симптомами реинфекции. Половые партнеры могут иметь симптомы ИППП или не иметь их вообще и, при отсутствии лечения, продолжать инфицировать других. Поэтому, крайне важно помочь пациенту найти способ, как проинформировать своих половых партнеров о возможности наличия у них ИППП и договориться о прохождении ими лечения.

Существует несколько путей, которые могут быть задействованы с сотрудниками лечебных учреждений для оказания помощи пациентам в уведомлении своих половых партнеров о наличии у них ИППП:

- Врач просит пациента связаться с его/ее половыми партнерами самостоятельно. Пациенту может быть выдано направление на лечение для его/ее полового партнера, где объясняется, каким образом можно договориться о визите к врачу. Самое простейшее направление на лечение (образец приводится ниже) включает информацию (диагноз или код заболевания) о синдроме, диагностированном у индексного пациента (исходного пациента, у которого было обнаружено заболевание). Также может иметь смысл зарегистрировать порядковый номер индексного пациента в целях учета количества половых партнеров, направленных пациентами на лечение. (Любая информация, указывающая на личность индексного пациента, должна кодироваться в целях соблюдения конфиденциальности).
- Уведомление половых партнеров пациента и организация соответствующего лечения могут быть осуществлены работниками лечебного учреждения, имеющими специальную подготовку в области отслеживания и уведомления половых партнеров.
- Использование двухэтапной стратегии, в случае которой врач вначале просит пациента самому уведомить своего партнера (I этап). Если пациент не уведомляет партнера в течение 1-2 недель, то медицинские работники сами предпринимают попытку (II этап) связаться с соответствующим лицом и привлечь его к лечению.
- Вне зависимости от способа, который используется для уведомления половых партнеров, необходимо обеспечить максимальную доступность лечения. Это может включать такую организацию лечебного процесса, которая избавляет пациентов от необходимости томиться в очередях, а также от необходимости платить за лечение. Такой подход имеет большое значение, поскольку многие пациенты, не имеющие каких-либо жалоб (асимптомные), считают излишним стоять в очередях во врачебный кабинет или, тем более, платить за услуги, поскольку считают себя здоровыми.

Как правило, половые партнеры получают лечение по той же схеме, что и индексный пациент вне зависимости от наличия или отсутствия у них признаков или симптомов ИППП.

Направление на бесплатное обследование	
Предъявить в _____	_____
(название клиники)	
Код _____	Дата _____

Вместе с тем, необходимо понимать, что не все ИРО передаются половым путем, и это обстоятельство может несколько осложнять положение дел. Врач должен быть осторожен в плане утверждения, что у пациента имеется ИППП, в особенности в тех случаях, когда точный диагноз еще не ясен. К примеру, женщины с влагалищными выделениями, как правило, страдают от эндогенной вагинальной инфекции, которая не входит в категорию ИППП. Попытка уведомить полового партнера о наличии у женщины бактериального вагиноза и привлечь его к лечению является не только бессмысленной (в этом случае партнеры не нуждаются в лечении), но и может нанести непоправимый урон взаимоотношениям данной пары – формирование недоверия, акты насилия или развод могут стать возможными последствиями такого поспешного шага. Врач должен быть уверен, насколько это возможно, в наличии у пациента ИППП перед тем, как принять решение об уведомлении и лечении полового партнера. Также следует помнить о том, что большинство симптомов ИРО могут вызываться целым рядом других причин. Поскольку использование синдромного подхода к лечению влагалищных выделений не подразумевает дифференциальной диагностики между ИППП и ИРО, в некоторых случаях может быть целесообразно провести лечение не только пациентки, но и ее партнера. В таблице 8.2 приводятся принципы лечения и консультирования половых партнеров индексных пациентов с наиболее распространенными синдромами ИППП/ИРО.

Таблица 8.2. Подходы к уведомлению и лечению половых партнеров, в зависимости от синдрома

Синдром	Возможная причина	Лечение полового партнера	Таблица схем лечения	Аспекты консультирования
Генитальная язва	Очень высокая вероятность наличия ИППП	Лечение партнера по поводу язвенных заболеваний половых органов	№5 и №6	Консультирование по вопросам профилактики ИППП
Уретральные выделения (у мужчин)	Очень высокая вероятность наличия ИППП	Лечение партнера по поводу цервикальной инфекции (как гонореи, так и хламидийной инфекции)	№2	Консультирование по вопросам профилактики ИППП
Боли внизу живота	ВЗОМТ, зачастую ИППП. Возможной причиной могут также быть другие заболевания мочеполовой системы или желудочно-кишечного тракта	Лечение партнера по поводу уретральных выделений (как гонореи, так и хламидийной инфекции)	№8	Лечение партнера является профилактической мерой с целью сохранения фертильности и снижения риска возникновения осложнений
Вагинальные выделения	Наиболее вероятная причина – эндогенная инфекция (не относящаяся к группе ИППП)	Лечение партнера не требуется за исключением случаев, когда заболевание носит рецидивирующий характер (в таких случаях проводится лечение по поводу трихомониаза)	№1	Как правило, данное заболевание не передается половым путем

Особую осторожность следует проявлять при уведомлении половых партнеров тех женщин, у которых имеется синдром болей внизу живота и которые лечатся по поводу возможного воспалительного заболевания органов малого таза. Ввиду опасности возникновения серьезных осложнений (бесплодие, внематочная беременность), партнерам необходимо назначать соответствующее лечение в целях профилактики реинфекции. Однако, следует помнить, что точная диагностика ВЗОМТ на основании клинической картины не достоверна, и пара должна быть информирована о неопределенности диагноза. Как правило, лучше преподнести необходимость проведения лечения как меру, направленную на сохранение фертильности, нежели говорить, что у пациента имеется ИППП, в то время, как на самом деле это может быть не так.

Какие партнеры должны уведомляться о возможном наличии у них ИППП и кому следует предлагать лечение? Ответ на этот вопрос зависит от инкубационного периода инфекции, длительности периода, в течение которого проявляется симптоматика заболевания, а также стадии болезни. В таблице 8.3 приводятся общие рекомендации на предмет лечения половых партнеров в зависимости от наличия некоторых наиболее распространенных синдромов и конкретных ИППП.

Таблица 8.3. Рекомендуемые схемы лечения половых партнеров

ИППП/ИРО	Следует пролечить всех партнеров, имевших половой контакт с индексным пациентом в течение последних...	Со следующим синдромом
Мягкий шанкр	10 дней	
Лимфогранулема венерическая	1 месяца	Язвенные заболевания половых органов – последние 3 месяца
Первичный сифилис	3 месяцев	
Вторичный сифилис	6 месяцев	
Латентный сифилис	1 года	
Гонорея	2 месяцев	Цервикальная инфекция или уретральные выделения – последние 2 месяца
Хламидиоз	2 месяцев	
Трихомониаз	Партнер на настоящий момент	При наличии вагинальных выделений лечение имеющегося на настоящий момент партнера проводится только в случае отсутствия положительных результатов лечения у индексного пациента. Если у партнера имеется характерная симптоматика, необходимо лечение пациента и его/ее партнера в соответствии с синдромным подходом.
Кандидоз	Партнер на настоящий момент	
ВЗОМТ	2 месяца	Боли в нижней части живота – последние 2 месяца.

Указанные выше подходы к лечению половых партнеров не являются строго фиксированными и врач должен проявлять гибкость в зависимости от конкретных обстоятельств. Как правило, при наличии вероятности передачи инфекции половым путем следует лечить последнего полового партнера даже в том случае, когда последний половой контакт с этим партнером имел место за пределами вероятного периода инфицирования.

ПОВТОРНЫЕ ВИЗИТЫ, НЕУДАЧИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕИНФЕКЦИЯ

Насколько необходимыми являются повторные визиты к врачу? Такие визиты могут дать возможность врачу убедиться в том, что проведенная терапия устранила симптомы заболевания и достигнуто клиническое излечение. Однако, многократные посещения врачебного кабинета причиняют пациенту определенные неудобства и добавляют нагрузку медицинскому персоналу. Синдромный подход обеспечивает эффективное лечение наиболее распространенных ИППП/ИРО и позволяет добиться улучшения состояния больного в достаточно короткое время. Как правило, нет никакой необходимости заставлять пациента приходить на повторный прием для «проверки на всякий случай», при условии, что все назначенные лекарства принимались надлежащим образом, а в состоянии пациента наблюдается положительная динамика. Тем не менее, врачу следует посоветовать пациенту записаться на повторный прием, если его состояние не улучшится по прошествии одной недели после начала лечения (2-3 дня для ВЗОМТ). Пациентам, лечащимся от генитальных язв, настоятельно рекомендуется вновь показаться врачу через 7 дней после начала терапии, т.к. язвенные поражения заживают в течение достаточно длительного периода (если в течение 7 дней не наступает эпителизации язвы, лечение следует продолжить).

Если в состоянии пациента не наблюдается улучшения, что обычно происходит по причине неадекватного лечения либо реинфекции, врач должен попытаться выяснить причину, попросив пациента ответить на следующие вопросы:

Неудачи в лечении

- Принимали ли Вы все назначенные лекарства в полном соответствии с рекомендациями врача?
- Не делились ли Вы назначенными лекарствами с кем-либо? Не перестали ли Вы принимать лекарства после того, как почувствовали некоторое улучшение состояния?

Также, необходимо учитывать возможность резистентности к назначенному лечению. Проводилось ли лечение в соответствии с имеющимися местными методическими пособиями и рекомендациями? Имеются ли данные о возрастании количества случаев неудач в лечении у больных ИППП?

Реинфекция

- Получал ли лечение Ваш половой партнер?
- Пользовались ли Вы презервативами (или воздерживались ли Вы от половых контактов) после начала лечения?

Рецидивы заболевания часто встречаются при лечении эндогенных вагинальных инфекций, в особенности в тех случаях, когда факторы, способствующие развитию заболевания (спринцевание, средства, оказывающие высушивающее воздействие на слизистую влагалища, использование гормональных противозачаточных средств), не устранены. Глава 2 содержит более подробное описание путей профилактики эндогенных инфекций.

Обращение к блоку 8.2 может оказаться полезным, если необходимо принять решение в отношении дальнейшей тактики лечения при отсутствии положительной динамики в состоянии больного. Следует помнить, что пользование блок-схемами не дает полной гарантии успеха и в некоторых случаях может возникнуть необходимость в направлении больного на лечение в соответствующее учреждение.

Блок 8.2. Неудачи в лечении или реинфекция – тактика во время повторного визита

Синдром	Интервал, с которым проводится повторный осмотр	Меры, принимаемые при отсутствии положительной динамики (неудачи в лечении) ^a	Меры, принимаемые при подозрении на реинфекцию или рецидив заболевания ^b
Вагинальные выделения	Обычно выраженность проявлений вагинита уменьшается через несколько дней после начала лечения. Симптомы заболевания должны полностью исчезать в течение 1 недели. Примечание: при БВ возможны частые рецидивы заболевания.	Провести повторный курс лечения. Провести повторное обследование и определить необходимость лечения против кандидоза или цервикальной инфекции, если такое лечение не проводилось в предыдущий раз.	Провести повторный курс лечения, а также назначить лечение партнера против трихомониаза. Пациенткам, лечащимся от рецидивирующего БВ, рекомендуется избегать спринцеваний или использования средств, оказывающих высушивающее воздействие на слизистую влагалища. Рецидивирующий кандидоз может быть результатом беременности, диабета или ВИЧ-инфекции; антибиотики и, иногда, оральные контрацептивы тоже могут играть роль.

Блок 8.2. Неудачи в лечении или реинфекция – тактика во время повторного визита (продолжение)

Синдром	Интервал, с которым проводится повторный осмотр	Меры, принимаемые при отсутствии положительной динамики (неудачи в лечении) ^а	Меры, принимаемые при подозрении на реинфекцию или рецидив заболевания ^б
Боли внизу живота	Повторное обследование пациентки проводится через 2-3 дня после начала лечения (или раньше при ухудшении состояния больной). Обычно некоторое улучшение состояния пациенток с ВЗОМТ наступает уже через 1-2 дня после начала лечения. Выраженная положительная динамика начинает наблюдаться через несколько недель (хронические ВЗОМТ могут являться причиной многолетнего болевого синдрома).	Рассмотреть необходимость госпитализации пациентки в целях проведения внутривенной терапии. Если состояние пациентки улучшается, но симптомы заболевания продолжают сохраняться, курс лечения следует продлить.	Женщинам с острыми ВЗОМТ рекомендуется воздерживаться от половых контактов в течение всего курса лечения. Половым партнерам таких пациенток необходимо назначить лечение против гонореи и хламидиоза.
Генитальные язвы	Обычно улучшение состояния наступает в течение 1 недели после начала лечения. Для полного заживления язв может потребоваться несколько недель.	Если состояние пациента улучшается, но симптомы заболевания продолжают сохраняться, курс лечения следует продлить. В некоторых случаях может потребоваться лечение других инфекций, которые могут вызвать генитальные язвы (герпесная инфекция HSV-2, паховая гранулема, лимфогранулема венерическая).	Половым партнерам необходимо назначить лечение против сифилиса и мягкого шанкра.
Уретральные выделения	Как правило, состояние пациента заметно улучшается в течение нескольких дней. Полное исчезновение симптомов заболевания должно наступить в течение недели.	Необходимо выяснить, получал ли больной лечение против двух инфекций: гонореи и хламидиоза. Если пациент не следовал лечению, как было предписано, повторить курс. При гонорее неудачное лечение маловероятно, если была применена эффективная однократная лечебная доза. В некоторых регионах трихомоноз является одной из основных причин появления уретральных выделений и требует соответствующего лечения.	Половым партнерам необходимо назначить лечение против гонореи и хламидиоза.
Паховый бубон	Как правило, состояние пациента заметно улучшается в течение одной недели. Полное исчезновение симптомов заболевания должно наступить в течение нескольких недель.	Пациенту может потребоваться посещать врачебный кабинет каждые 1-2 дня для дренирования бубона.	Партнерам необходимо назначить лечение против мягкого шанкра и лимфогранулемы венерической.

^а При отсутствии результатов лечения возможно проведение альтернативного курса терапии (другими эффективными препаратами). При сохранении симптомов заболевания необходимо направить пациента в соответствующее лечебное учреждение.

^б Если существуют опасения, что пациент мог подвергнуться реинфицированию во время лечения, возможно проведение повторного курса терапии теми же антибиотиками. При сохранении симптомов заболевания необходимо направить пациента в соответствующее лечебное учреждение.



ГЛАВА 9. ОСЛОЖНЕНИЯ ИППП/ИРО, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, В СВЯЗИ С САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ, АБОРТОМ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Основные положения

- Инфекция, развивающаяся во время беременности, после самопроизвольного выкидыша, аборта или в послеродовом периоде, может представлять угрозу для жизни женщины и требует неотложного и активного лечения.
- Лечение инфекционных **осложнений аборта** (выполненного в специализированных условиях или вне медицинских учреждений) должно проводиться с внутривенным введением растворов и антибиотиков. При отсутствии условий для экстренной терапии на месте, пациентку следует немедленно направить на лечение в специализированное учреждение.
- Инфекция во время беременности может являться причиной **преждевременных родов** и возникновения серьезных осложнений, представляющих угрозу для здоровья матери и плода. Надлежащая профилактика и раннее лечение инфекции играют первостепенную роль в снижении показателей материнской заболеваемости и смертности.
- Лечение **послеродовой инфекции** должно проводиться с внутривенным введением растворов и антибиотиков. При отсутствии условий для экстренной терапии на месте, пациентку следует немедленно направить на лечение в специализированное учреждение.
- **Вагинальные выделения** во время беременности могут маскировать признаки послеабортных осложнений, разрыва плодного пузыря или послеродовой инфекции. При отсутствии в выделениях примеси крови или амниотической жидкости следует назначать комплексное лечение против дрожжевого микоза, бактериального вагиноза и трихомониаза.
- Мероприятия по профилактике послеродовой инфекции включают меры по предотвращению и выявлению ИППП/ИРО в течение беременности (Глава 2 и Глава 3), а также надлежащее оказание медицинской помощи в период родов.

В главе 7 рассматривались подходы к ИППП/ИРО в рамках планового наблюдения и оказания помощи во время беременности, родов и в послеродовом периоде. В настоящей главе рассматриваются некоторые важные, связанные с ИППП/ИРО проблемы, которые могут возникнуть во время беременности или в послеродовом периоде, а также обсуждаются принципы лечения инфекционных осложнений, которые могут иметь место в таких ситуациях. Особое значение придается тактике ведения пациенток при **самопроизвольном выкидыше, осложненном аборте** (эндометрит, септический аборт) и **послеродовой инфекции** (эндометрит, послеродовой сепсис), поскольку эти состояния представляют серьезную опасность для здоровья женщин, находящихся в репродуктивном периоде и, в большинстве случаев, предотвратимы.

Несмотря на то, что настоящая глава посвящена вопросам ведения ИППП/ИРО, вероятность инфекции может быть не основным предметом беспокойства или причиной, заставляющей женщину обратиться за помощью к врачу. Женщины с послеабортными осложнениями или послеродовой инфекцией часто поступают к врачу с кровотечением и болевым синдромом, а иногда и в шоковом состоянии. **В других руководствах ВОЗ излагаются принципы комплексного лечения неотложных состояний, включая оценку и стабилизацию состояния пациентки и исходное внутривенное введение растворов и антибиотиков.** После того, как состояние стабилизировалось, пациентку необходимо направить в специализированное медицинское учреждение, где ей будет оказана необходимая неотложная помощь.

Рекомендации по профилактике инфекции при выполнении медицинских процедур, включая оказание акушерской помощи, приводятся в главе 2.

ИНФЕКЦИЯ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Инфекция верхнего отдела половых путей во время беременности протекает иначе, чем у небеременных женщин. Наличие ВЗОМТ является существенным препятствием для зачатия – острый инфекционный процесс в матке препятствует нормальному оплодотворению и прикреплению яйцеклетки к маточной стенке, а хронические ВЗОМТ являются распространенной причиной появления рубцов, потери фертильности и возникновения внематочной беременности. Инфекция во время беременности развивается, как правило, в результате каких-то нарушений, изменивших защитные способности организма.

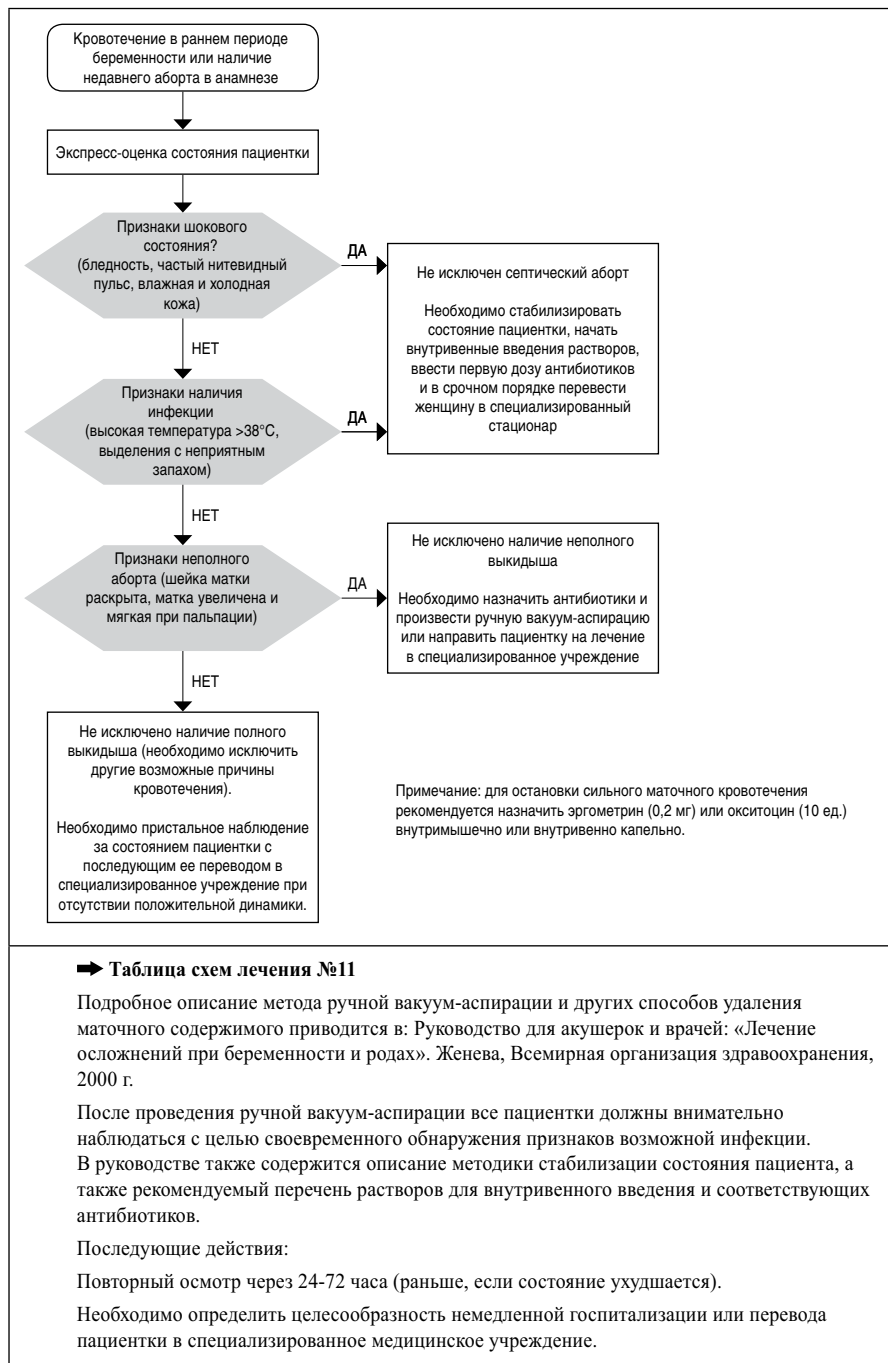
Большая часть инфекционных осложнений, возникающих в раннем периоде беременности, связана с самопроизвольным или искусственным абортом. **Самопроизвольный аборт** (или выкидыш) часто происходит в первом триместре беременности и, как правило, не сопровождается какими-либо осложнениями. **Искусственный аборт** также относится к категории достаточно распространенных вмешательств. Однако риск инфицирования при искусственном аборте существенно возрастает, если таковой выполняется вне специализированного медицинского учреждения. Самопроизвольный или искусственный аборт считается **неполным**, если в полости матки остаются фрагменты плодного яйца. Наличие остатков ткани в полости матки в конечном итоге могут привести к развитию инфекции.

Такие детали не всегда очевидны, когда женщина обращается за помощью к врачу в связи с послеабортными осложнениями. В действительности, женщины с послеабортными осложнениями могут скрывать от врача факт проведения аборта, в особенности, в тех случаях, когда аборт был выполнен вне стен медицинского учреждения. Пациентки при этом могут предъявлять жалобы на самопроизвольное кровотечение или другие проблемы. В таких случаях врач должен проявлять особую бдительность и назначать лечение, направленное на предотвращение возможных осложнений аборта на основании объективных признаков независимо от данных анамнеза.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕАБОРТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Лечение послеабортных осложнений предусматривает, в частности, стабилизацию состояния пациентки, удаление остатков плодного яйца из маточной полости и внутривенное или внутримышечное введение антибиотиков (см. блок-схему №6 и таблицу лечебных схем №11). Послеабортные осложнения могут представлять угрозу для жизни женщины, поэтому своевременная оценка состояния пациентки и проведение соответствующего лечения играют крайне важную роль. При поступлении пациентки в стационар проводится экспресс-оценка ее состояния, включая сбор краткого анамнеза, измерение основных жизненных показателей (пульс, дыхание, температура, артериальное давление), общий осмотр и осмотр живота/гениталий – с последующим началом неотложной терапии; состояние пациенток с признаками шока следует стабилизировать путем внутривенного введения соответствующих растворов. Наличие признаков шокового состояния или инфекции в раннем периоде беременности является безусловным показанием для введения первой дозы антибиотиков внутривенным путем с последующим направлением пациентки в соответствующее лечебное учреждение, где ей будет оказана необходимая медицинская помощь, включая безопасное удаление остатков плодного яйца из маточной полости.

БЛОК-СХЕМА №6. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АБОРТА



НЕПОЛНЫЙ АБОРТ И РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ

Возникновение кровотечения в раннем периоде беременности может указывать на угрозу выкидыша, начавшийся или неполный самопроизвольный аборт, либо являться признаком внематочной беременности или другого патологического состояния. О неполном выкидыше свидетельствуют раскрытая шейка и мягкое, увеличенное тело матки. Боли в животе являются нередким предшественником или сопровождающим симптомом выкидыша, развития инфекции в послеабортном периоде или внематочной беременности. Интенсивные абдоминальные боли, не сопровождающиеся кровотечением, также могут являться признаком внематочной беременности.

Лечение неполного выкидыша состоит в удалении остатков плодного яйца из маточной полости. Эта процедура может быть выполнена без угрозы для здоровья пациентки при помощи ручной вакуум-аспирации (РВА) или другого метода. Даже в случае отсутствия признаков инфекции рекомендуется назначить курс профилактической антибиотикотерапии (см. Главу 3). Над всеми пациентками должно устанавливаться особое наблюдение с целью своевременного обнаружения признаков возможной инфекции.

Женщины с незначительным кровотечением, у которых не отмечаются признаки шока или инфекции, должны находиться под наблюдением врача и обследованы повторно, если у них отсутствует положительная динамика в течение нескольких дней.

ИНФЕКЦИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

После первого триместра беременности, инфекция влагалища, шейки матки, плодных оболочек или амниотической жидкости (хориоамниониты) является распространенной причиной самопроизвольного выкидыша, разрыва плодного пузыря, преждевременных родов или рождения мертвого плода. Возбудители, находящиеся во влагалище и шейке матки (гонококки, хламидии, бактерии, возбудители бактериального вагиноза, трихомонады, стрептококки группы В), могут являться причиной развития инфекции в послеабортном периоде, хориоамнионитов, а также послеродовой инфекции и инфекции новорожденных. Некоторые из перечисленных инфекций развиваются после влагалищного обследования или других процедур, выполнения которых во второй половине беременности следует избегать, за исключением случаев крайней необходимости. Профилактика таких осложнений предусматривает, в частности, выявление и лечение ИППП/ИРО в дородовом периоде (см. Главу 3).

ИНФИЦИРОВАНИЕ И РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

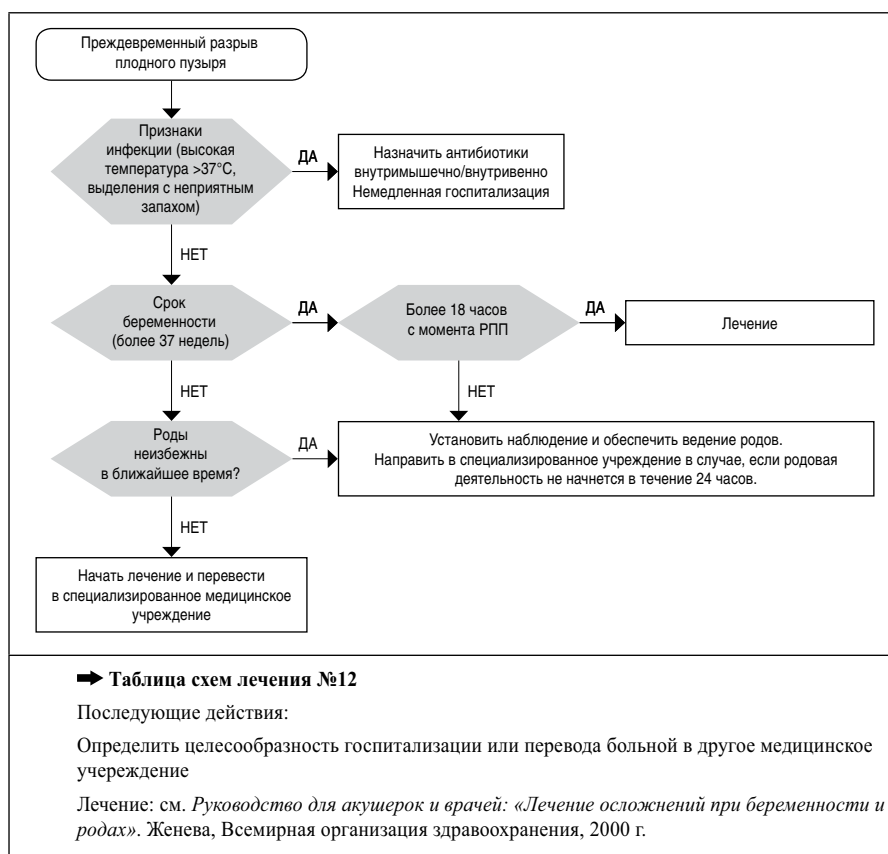
Инфекция может являться как причиной, так и следствием разрыва плодного пузыря (РПП). Во всех случаях (вне зависимости от срока беременности), когда речь идет о разрыве плодного пузыря и наличии признаков инфекции (высокая температура, увеличение содержания лейкоцитов и С-реактивного белка в крови или появление выделений с неприятным запахом), рекомендуется назначить внутривенное или внутримышечное введение антибиотиков (см. блок-схему №7) и в срочном порядке направить пациентку на лечение в специализированное медицинское учреждение.

Если разрыв плодного пузыря происходит при доношенной беременности, то роды начинаются, как правило, в течение последующих 24 часов. При отсутствии признаков инфекции женщина может находиться под обычным наблюдением врача. Если роды не начинаются в течение ближайших суток, женщина должна быть направлена в родильное учреждение, где имеются все необходимые условия для адекватного стимулирования родовой деятельности. Для снижения риска инфицирования при разрыве плодного пузыря необходимо соблюдать следующие требования:

- после разрыва плодного пузыря необходимо избегать проведения влагалищного обследования;
- если родовая деятельность не начинается в течение ближайших 18 часов после разрыва плодного пузыря, необходимо назначить антибиотики (см. Таблицу схем лечения №12) для снижения риска инфицирования в дородовом и послеродовом периоде.

Если разрыв плодного пузыря происходит при недоношенной беременности, то частыми осложнениями в таком случае являются преждевременные роды, низкая масса тела новорожденных, возникновение перинатальных заболеваний и перинатальная смертность. В тех случаях, когда разрыв плодного пузыря происходит до начала родовой деятельности, тактика ведения беременной должна строиться с учетом состояния здоровья матери, гестационного возраста и жизнеспособности плода, а также существующих вариантов врачебного вмешательства. Блок-схема №7 содержит краткое описание тактики ведения беременных с преждевременным разрывом плодного пузыря.

БЛОК-СХЕМА №7. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ



При подборе лечения инфекции у женщин, имеющих хорошие шансы на сохранение беременности, необходимо тщательно взвесить все возможные риски и преимущества. По возможности, следует избегать использования антибиотиков, которые могут оказывать неблагоприятное воздействие на плод (см. Приложение 4 – «Медикаментозная терапия в период беременности»). Тем не менее, в случае ухудшения состояния пациентки предпочтение должно отдаваться эффективному противомикробному лечению.

Профилактика преждевременных родов и инфекции во второй половине беременности должна предусматривать профилактику и своевременное выявление ИППП/ИРО. По возможности, проверка на наличие наиболее распространенных ИППП/ИРО, приводящих к преждевременному разрыву плодного пузыря и ряду других патологических состояний во время беременности, должна проводиться во время первого обследования беременной в женской консультации. При этом повторное обследование является обязательным в тех случаях, когда присутствует высокий риск преждевременного начала родов (см. Главу 3). Женщины и их партнеры должны осознавать, что первичная профилактика ИППП/ИРО является одним из важнейших факторов, обеспечивающих вынашивание беременности и рождение здорового ребенка.

ПОСЛЕРОДОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ И ПУЭРПЕРАЛЬНЫЙ СЕПСИС

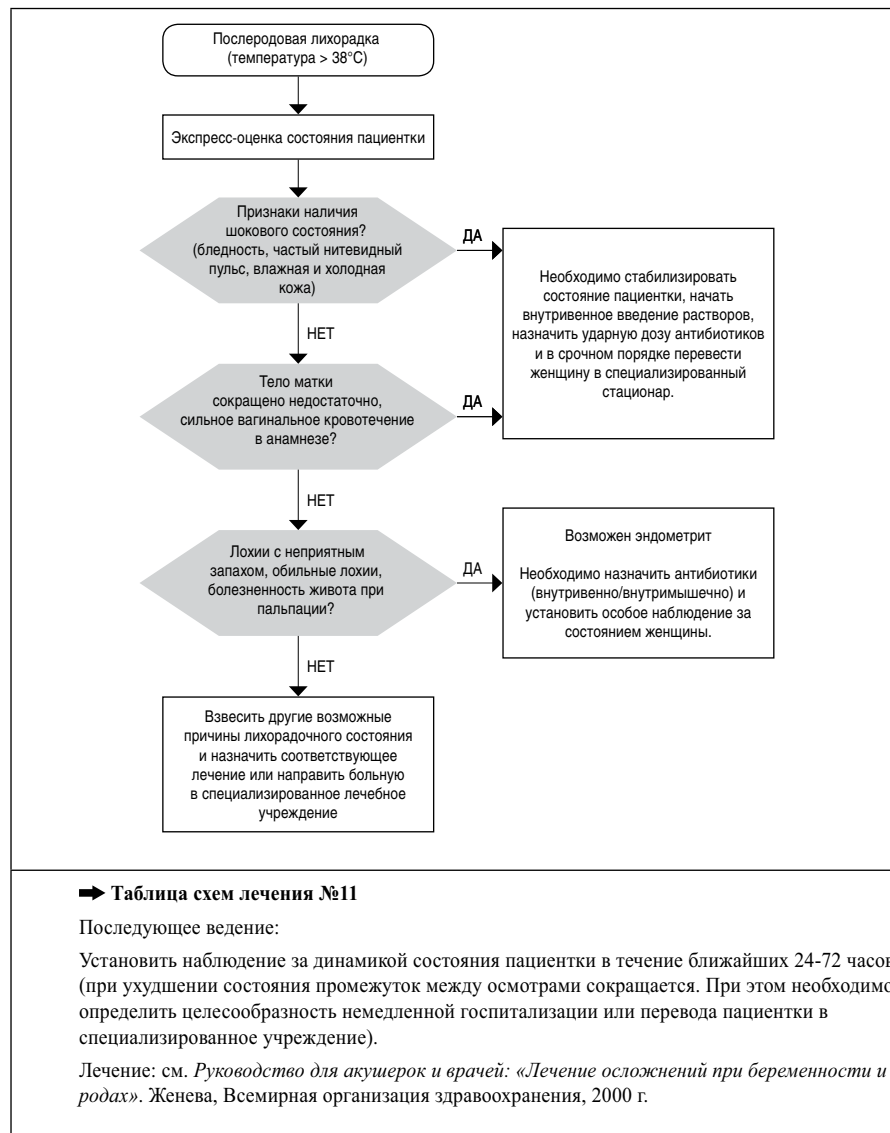
Послеродовой эндометрит, или маточная инфекция, является распространенной причиной материнской заболеваемости и смертности и в подавляющем большинстве случаев может предупреждаться путем квалифицированного ведения беременных в родовом периоде, профессионального родовспоможения и послеродового ухода за роженицей. Однако запоздалое или неадекватное лечение может приводить к быстрому распространению инфекции с последующим развитием сепсиса. Исходами септического состояния могут быть бесплодие, стойкая инвалидность или даже смерть женщины.

Возбудителями послеродового эндометрита являются, как правило, гонококки, хламидии, анаэробные бактерии, грамотрицательные факультативные бактерии и стрептококки. В развитых странах большинство случаев послеродовой инфекции возникает после операции кесарева сечения. Во всех остальных странах послеродовой эндометрит чаще всего возникает после влагалищных родов. Ранний послеродовой эндометрит развивается в течение первых 48 часов, тогда как поздний вариант инфекции начинает проявляться в период от 3 дней до 6 недель после родов. Наступательная тактика лечения должна применяться в отношении всех случаев возникновения послеродовой инфекции (см. *Руководство для клинической практики: Медицинская помощь в период беременности, во время родов, в постнатальный период и уход за новорожденным*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.).

При обнаружении признаков инфекции в раннем послеродовом периоде рекомендуется стабилизировать состояние роженицы, назначением ударных доз антибиотиков (внутривенно) и 10 ед. окситоцина (внутримышечно) и в срочном порядке перевести женщину в специализированный стационар.

На блок-схеме №8 приводится алгоритм лечения женщин с инфекционной лихорадкой, возникающей в период от 24 часов до 6 недель после родов.

БЛОК-СХЕМА №8. ПОСЛЕРОДОВАЯ ИНФЕКЦИЯ



Мероприятия, направленные на предупреждение послеродовой инфекции, включают профилактику и своевременное выявление ИППП/ИРО во время беременности (см. Главы 2 и 3), а также обеспечение профессионального родовспоможения. В руководстве для клинической практики: «*Медицинская помощь в период беременности, во время родов, в постнатальный период и уход за новорожденным*» и руководстве для акушеров и врачей: «*Лечение осложнений при беременности и родах*» изложены практические рекомендации по профилактике и комплексному лечению послеродовых осложнений.

Таблица схем лечения №11. Схемы антибиотикотерапии для лечения инфекции после самопроизвольного выкидыша, искусственного аборта или родов (септические аборты, послеродовые эндометриты)

Схема 1	Схема 2	Схема 3	Схема 4
Наиболее доступные и наименее дорогие препараты (курс лечения включает все 3 препарата)	Назначается по одному препарату из каждой графы, расположенной ниже (в совокупности 3 препарата)	Курс лечения включает оба препарата	Назначается по одному препарату из каждой графы, расположенной ниже (в совокупности 3 препарата)
ампициллин – 2 г. в/в или в/м, затем по 1 г. через каждые 6 ч.	цефтриаксон – 250 мг в/м 1 раз в сутки.	клиндамицин – 900 мг в/в через каждые 8 ч.	ципрофлоксацин ¹ – 500 мг внутрь 2 раза в сутки, или спектиномицин – 1 г. в/м 4 раза в сутки.
гентамицин – 80 мг в/м через каждые 8 ч.	доксциклин – 100 мг внутрь или в/в 2 раза в сутки, или тетрациклин – 500 мг внутрь 4 раза в сутки.	гентамицин – 1,5 мг на кг массы тела в/в через каждые 8 ч.	доксциклин – 100 мг внутрь или в/в 2 раза в сутки, или тетрациклин – 500 мг внутрь 4 раза в сутки.
метронидазол ^a – 500 мг внутрь или в/в через каждые 8 ч.	метронидазол ^a – 400-500 мг внутрь или в/в 2 раза в сутки, или хлорамфеникол – 500 мг внутрь или в/в 4 раза в сутки.		метронидазол ^a – 400-500 мг внутрь или в/в 2 раза в сутки, или хлорамфеникол – 500 мг внутрь или в/в 4 раза в сутки.
Вне зависимости от выбранной схемы, лечение должно продолжаться в течение 2 дней после нормализации температуры у пациентки.			

a При приеме метронидазола рекомендуется избегать употребления алкогольных напитков.

b Необходимо принимать во внимание наличие резистентности возбудителя гонореи к препаратам хинолонового ряда (ципрофлоксацин, офлоксацин) в некоторых регионах, например в таких регионах ВОЗ, как Юго-Восточная Азия и Западный регион Тихого океана.

Таблица схем лечения №12. Схемы антибиотикотерапии для лечения инфекционных осложнений при благоприятном прогнозе вынашивания беременности (хориоамниониты, разрыв плодного пузыря)

Схема 1 – наиболее безопасная для плода, при отсутствии признаков инфекции у матери.	Схема 2 – наиболее эффективна в случае наличия признаков инфекции у матери (высокая температура, выделения с неприятным запахом)
Комбинация приема препарата внутрь и в/м, безопасна во время беременности. Назначается по одному препарату из каждой графы, расположенной ниже (курс лечения включает 3 препарата).	Наиболее доступные и наименее дорогие препараты. Курс лечения включает в себя все 3 препарата и должен приниматься до момента родов. В случае влагалищных родов, прием всех антибиотиков отменяется сразу после родов. В случае кесарева сечения, антибиотики необходимо продолжать в течение 48 часов после полной нормализации температуры.
цеффиксим – 400 мг внутрь однократно, или цефтриаксон – 125-250 мг в/м.	ампициллин – 2 г. в/в или в/м, затем по 1 г. через каждые 6 ч.
эритромицин ^а – 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 дней, или азитромицин – 1 г внутрь однократно.	гентамицин – 80 мг в/м через каждые 8 ч.
Метронидазол ^б – 2 г. внутрь однократно.	метронидазол ^б – 500 мг или в/в через каждые 8 ч.

а Прием эритромицина эстолата противопоказан при беременности ввиду токсического воздействия препарата на печень. Допускается назначение только эритромицинового основания или эритромицина этилсукцината. Необходимо отметить, что в странах Европы, где заболеваемость гонореей является очень низкой, применение одного эритромицина уже значительно снизило вероятность преждевременных родов у женщин с разрывом плодных оболочек в дородовом периоде. При большой распространенности гонореи в регионе, эритромицин должен назначаться в комплексе с цеффиксимом или цефтриаксоном (т.к. гонококк обладает повышенной устойчивостью к эритромицину).

б При приеме метронидазола рекомендуется избегать употребления алкогольных напитков.

ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

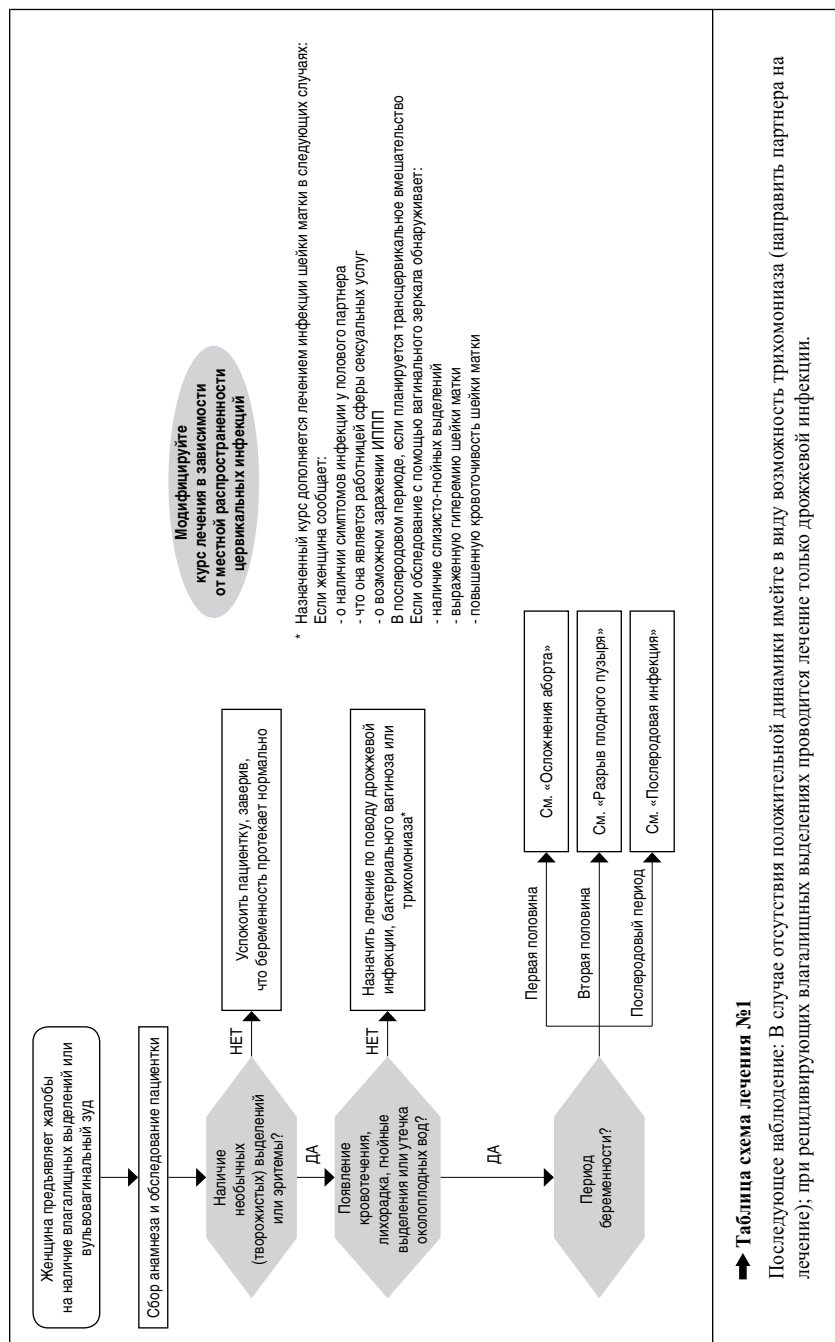
Влагалищные выделения, как симптом или признак ИРО, особенно сложно дифференцировать во время беременности, так как происходящие в этом периоде физиологические изменения могут влиять на состояние нормальной микрофлоры влагалища. К примеру, выделения могут становиться более обильными и дрожжевая инфекция встречается чаще во время беременности. При обнаружении влагалищных выделений у беременной женщины врач должен провести тщательное обследование пациентки с тем, чтобы убедиться, что выделения не являются ранним признаком наличия более серьезной патологии, например:

- Влагалищные выделения, возникающие в первой половине беременности, могут маскировать преходящее или слабо выраженное кровотечение, которое может являться признаком внематочной беременности, угрозы выкидыша или рака шейки матки.
- Водянистые выделения, появляющиеся во второй половине беременности, могут представлять собой утечку околоплодной жидкости, произошедшую в результате разрыва плодных оболочек.

Как правило, тщательное ознакомление с анамнезом и обследование беременной позволяют провести дифференциальную диагностику обычных вагинитов и более серьезных патологических состояний. Если влагалищные выделения сопровождаются кровотечением, повышением температуры, болями в животе или выделением околоплодной жидкости, врач должен назначить беременной соответствующее лечение по поводу возможного сепсиса либо направить женщину в специализированный стационар.

Если наличие осложнений, связанных с течением беременности, не подтверждается, то всем женщинам, имеющим влагалищные выделения, должно быть назначено лечение против бактериального вагиноза, трихомониаза или кандидоза. Поскольку кандидоз беременных является довольно распространенным явлением и имеет тенденцию к частым рецидивам, в случае повторного обращения женщины с теми же жалобами, что и в предыдущий раз, лечение должно проводиться только по поводу дрожжевой инфекции.

БЛОК-СХЕМА №9. ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ





ГЛАВА 10. СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

Основные моменты

- Сексуальное насилие довольно распространенное явление, однако **жертвы такого насилия зачастую предпочитают обходить эту тему стороной**. Поэтому в ходе обследования врач должен проявить повышенную бдительность и деликатно выяснить, не подвергался ли пациент в прошлом сексуальному насилию или оскорблениям.
- Тактика клинического **подхода и принципы практического ведения** случаев сексуального насилия должны разрабатываться с учетом требований местного законодательства.
- Женщины или дети, ставшие жертвой сексуального насилия, могут нуждаться в **убежище или правовой защите**. Меры по психологической и социальной адаптации жертв сексуального насилия должны включать **консультирование** и оказание **психологической** поддержки непосредственно по месту обращения пациентов либо в учреждении, специализирующемся в этой области.
- Меры сугубо медицинского характера должны предусматривать, помимо лечения полученных жертвой сексуального насилия физических травм, предупреждение беременности и профилактику инфекции. Должен быть обеспечен доступ к **профилактике ИППП и экстренной контрацепции**.
- Если жертва сексуального насилия планирует прибегнуть к мерам правовой защиты, то в таком случае должна существовать возможность проведения **судбно-медицинской экспертизы** с целью документального подтверждения факта изнасилования. Медицинский персонал должен знать, как осуществляется сбор анализов/образцов, которые могут потребоваться в таком случае.
- Если необходимые процедуры не могут быть произведены непосредственно по месту обращения жертвы сексуального насилия за помощью, то в таком случае должна предусматриваться возможность направления обратившегося лица в специализированное учреждение.

Сексуальное насилие определяется как «любой сексуальный акт, попытка к совершению полового акта, не спровоцированные высказывания или предложения сексуального характера, либо действия, направленные на совершение полового акта с использованием принуждения, угрозы нанесения увечий или применения физической силы, совершенные/поступившие со стороны любого лица вне зависимости от степени родства между данным лицом и жертвой, а также любых других обстоятельств, включая (но не ограничиваясь таковыми) домашнюю обстановку и место работы»¹

Сексуальное насилие является распространенным явлением. Несмотря на то, что в детском возрасте лица обоих полов одинаково уязвимы для сексуального насилия, тем не менее, в подростковом и в зрелом возрасте женщины подвергаются такому риску в гораздо большей степени. В таблице 10.1 (см. ниже) представлены некоторые факты, касающиеся темы сексуального насилия.

Таблица 10.1 Сексуальное насилие – некоторые статистические данные

<p>Статистические исследования, проводившиеся в различных странах мира, свидетельствуют, что из общего числа респондентов от 7% до 36% девушек и от 3% до 29% юношей стали жертвой сексуального насилия еще в детском возрасте. При этом количество случаев сексуального насилия, совершенного против лиц женского пола, в 1,5-3,0 раза превышало количество случаев аналогичного насилия, совершенного против лиц мужского пола.</p> <p>В зависимости от конкретной страны, процент подростков, ставших жертвой сексуального насилия, может варьировать от 7% до 46% среди девушек и от 3% до 20% – юношей.</p> <p>Статистические исследования показывают, что от 6% до 46% женского населения являлись объектом попытки изнасилования или жертвой сексуального насилия, совершенного половым партнером (бывшим или настоящим) в тот или иной момент своей жизни.</p> <p>Изнасилования и домашнее насилие ведут к потере 5-16% лет полноценной жизни у женщин репродуктивного возраста.</p> <p>Заболееваемость ИППП у лиц, ставших жертвой изнасилования, достигает 43%. При этом результаты большинства исследований указывают на колебание данного показателя в диапазоне от 5% до 15% в зависимости от вида инфекции и типа тестирования.</p>

Необходимо, чтобы медицинский персонал имел в виду, что сексуальное насилие может иметь место и **проявлял особую бдительность**. Многие женщины неохотно говорят о случаях, когда они подвергались насилию со стороны их полового партнера. Это может объясняться естественным чувством стыдливости при обсуждении тем такого рода либо страхом за возможные последствия в случае огласки этого факта. Нередко из-за нежелания говорить о факте насилия, они могут обращаться в клинику с жалобами общего характера или с пожеланием пройти медицинское обследование с подсознательной надеждой, что врач обнаружит какие-либо нарушения, требующие лечения.

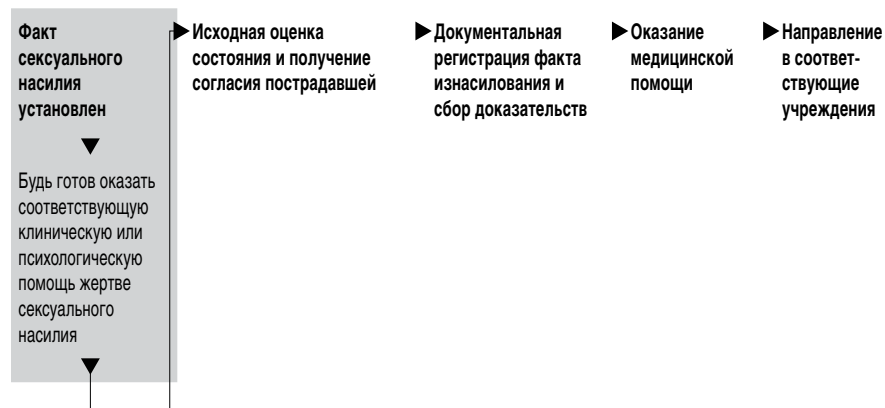
Рамки данного раздела не позволяют охватить все медицинские, социальные и правовые аспекты проблемы сексуального насилия. Вместо этого, данный раздел фокусируется на рекомендациях по профилактике прямых неблагоприятных последствий сексуального насилия, среди которых особое место занимает заболееваемость ИППП и беременность. *Дополнительные справочные материалы и рекомендуемая литература*, список которых приводится в Приложении № 6., являются основой для разработки мероприятий и основополагающих принципов комплексной работы с жертвами сексуального насилия, а также содержат примеры диагностических процедур, которые могут использоваться для выявления лиц, подверженных высокому риску сексуального насилия.

World Report on violence and Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ДРУГОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Все медицинские учреждения, занятые в сфере охраны репродуктивного здоровья человека, должны оказывать помощь лицам, ставшим жертвами сексуального насилия в соответствии с принципами и тактикой ведения этих случаев в рамках местного законодательства. Вне зависимости от того, осуществляется ли данный комплекс мероприятий непосредственно по месту обращения пациента или в специализированном медицинском учреждении, необходимо обеспечивать соблюдение ряда следующих требований: медицинские работники должны иметь четкое представление о стандартных процедурах оказания помощи жертвам сексуального насилия и подходах к решению кризисных ситуаций, медицинский персонал должен иметь в своем распоряжении соответствующие ресурсы, расходные материалы и информацию, необходимые для конфиденциального, деликатного и эффективного оказания помощи лицам, ставшим жертвой сексуального насилия.

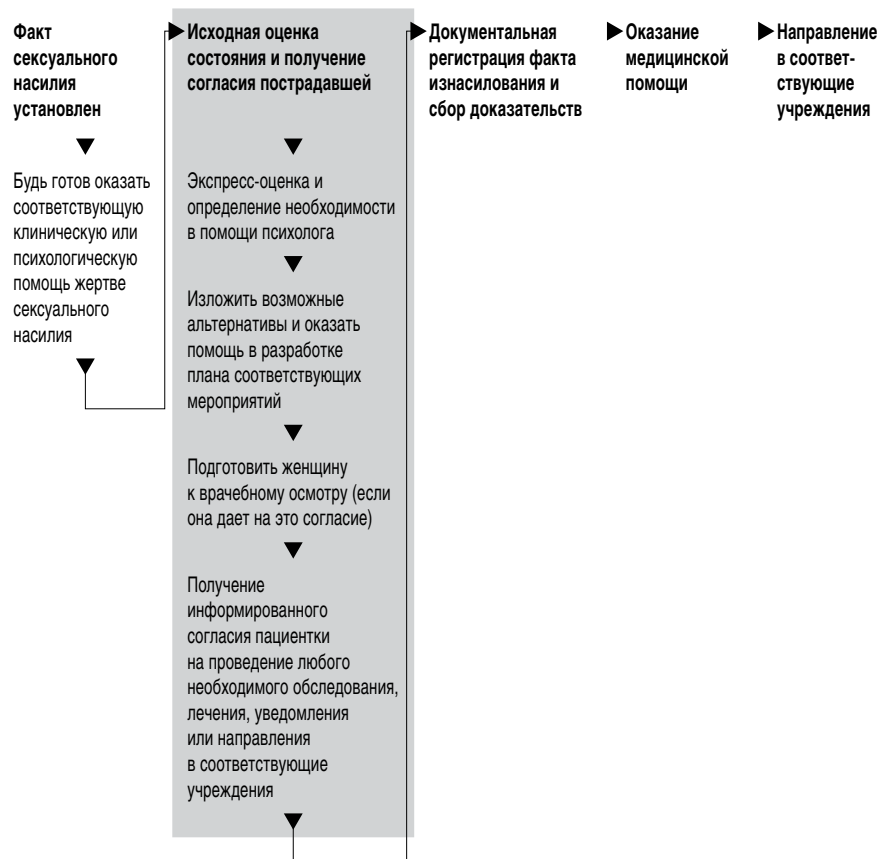
Этап 1: Будь готов



Лица, ставшие жертвой сексуального насилия, должны иметь доступ к следующим услугам (предоставляемым непосредственно по месту обращения либо в специализированном учреждении):

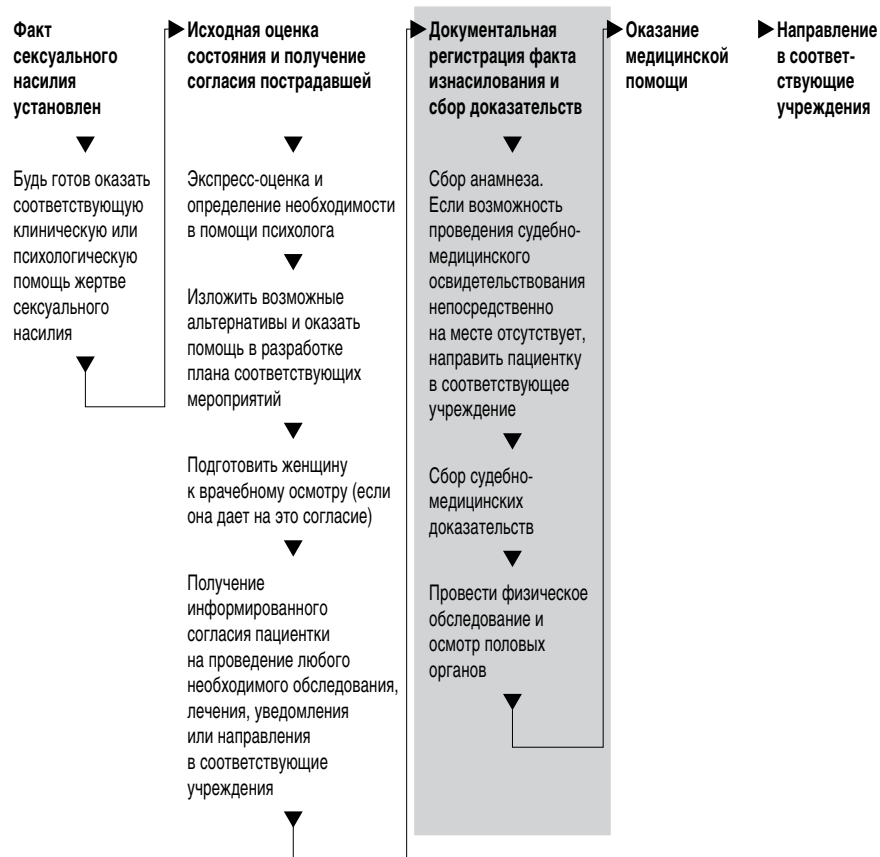
- основной комплекс медицинских услуг по лечению телесных повреждений и других нарушений состояния здоровья;
- судебно-медицинское обследование;
- оценка вероятности инфицирования ИППП и меры по их предупреждению;
- оценка риска возникновения беременности и, при необходимости, ее предупреждение;
- оказание психологической поддержки (как в период кризиса, так и в долгосрочном периоде);
- последующие услуги (по мере необходимости) в рамках всех вышеперечисленных мероприятий.

Этап 2. Предварительная оценка состояния и получение согласия пострадавшего лица



Сексуальное насилие как правило оказывает глубоко травмирующее воздействие на психику жертвы. Поэтому необходимо проведение экспресс-оценки состояния пострадавшего лица с целью определения объема оказания срочной помощи медицинского, психологического или социального характера. Необходимо учитывать то обстоятельство, что травматическое воздействие акта сексуального насилия иногда является настолько интенсивным, что оно может существенно затруднять проведение медицинского обследования. Врач должен подробно объяснить женщине всю последовательность процедуры медицинского обследования и получить ее согласие на основе полной информации перед тем, как приступит к обследованию и лечению либо направлению ее в соответствующие учреждения.

Этап 3. Документальная регистрация факта сексуального насилия и сбор доказательств




Судебно-медицинское освидетельствование и документация имеющихся доказательств (улик) должны проводиться специалистом, имеющим соответствующую подготовку в данной области. В случае отсутствия судебно-медицинского эксперта, освидетельствование должно быть отложено до его прибытия. Тем не менее, задержка в проведении судебно-медицинского обследования не должна превышать 72 часов. Принятие решения о проведении/отказе от судебно-медицинского освидетельствования находится в абсолютном ведении пострадавшего лица. По желанию пострадавшего/пострадавшей, лечение может быть начато без проведения судебно-медицинского обследования. Если жертва сексуального насилия является лицом несовершеннолетнего возраста, решение о том, как поступить в данном случае может приниматься с учетом местных особенностей культуры, уклада жизни и т.д. – как правило, в таких ситуациях требуется согласие родителей. **По возможности, не следует отказывать подросткам, ставшим жертвой сексуального насилия, в немедленном оказании медицинской помощи.**

В случае, если нет возможности проведения полноценного обследования пострадавшего лица непосредственно на месте или направления его/ее на обследование в специализированное учреждение, необходимо обеспечить сбор хотя бы **минимального** объема информации: дата и время насилия, дата и время проведения обследования, показания пациента и результаты клинического осмотра/обследования. При этом сбор такой информации или передача ее правоохранительным органам должны осуществляться только с согласия жертвы сексуального насилия. Необходимо помнить об обязательствах правового характера, которые могут возникнуть в случае возбуждения уголовного дела по факту сексуального насилия и передачи дела на рассмотрение в суд. По возможности, беседа с жертвой сексуального насилия и медицинское освидетельствование должны проводиться в присутствии медицинского работника, имеющего соответствующую подготовку и принадлежащего к тому же полу, что и пострадавший/пострадавшая.

**РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКОГО
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ:**

Дата:
Время:
Показания пациента:

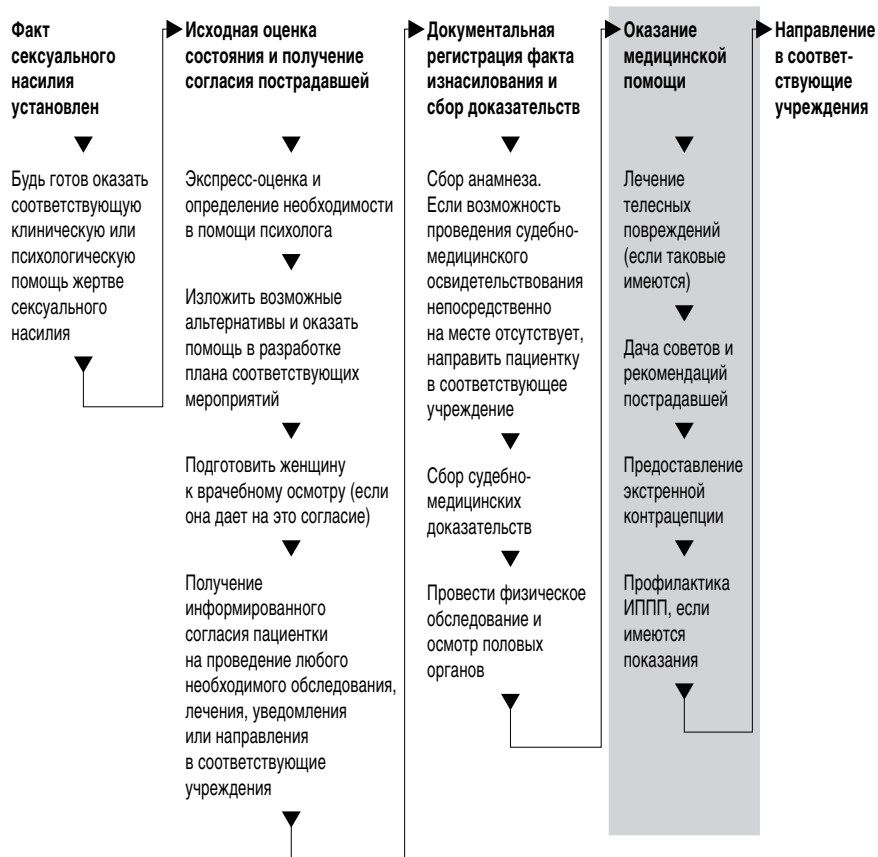
Результаты обследования:



Схематическое изображение человеческого тела, состоящее из контуров головы, туловища, конечностей. На различных частях тела (голова, шея, плечи, локти, запястья, предплечья, бедра, голени, стопы) нанесены крестики, обозначающие места проведения медицинского осмотра или обследования.

Протокол медицинского освидетельствования должен содержать подробное описание результатов обследования пострадавшего лица. Схематическое изображение результатов обследования может существенно облегчить восстановление полученной картины в дальнейшем.

Этап 4. Оказание медицинской помощи и направление в соответствующее медицинское учреждение



Оказание медицинской помощи пострадавшим от сексуального насилия включает лечение телесных повреждений, полученных в результате нападения, а также дачу основных рекомендаций и советов. Жертвам сексуального насилия должен обеспечиваться доступ к экстренной контрацепции и профилактике ИППП как можно раньше после изнасилования. Поскольку во многих случаях интенсивность и продолжительность травмирующего воздействия акта насилия может усугубляться страхом беременности или инфицирования, осознание возможности снижения рисков такого рода может способствовать существенному облегчению психологического состояния женщины.

ЭКСТРЕННАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Прием таблеток экстренной контрацепции (ТЭК) в течение первых 5 дней после полового акта позволяет снизить риск возникновения беременности на 74-85%. Чем раньше начат прием таблеток экстренной контрацепции, тем выше их эффективность. Существует несколько схем приема ТЭК, содержащих в качестве активного вещества левоноргестрел, или комбинированных противозачаточных таблеток (см. Блок № 6.2).

Другим вариантом экстренной контрацепции является установка внутриматочной спирали (ВМС) с медным компонентом в течение первых 5 дней после изнасилования. Использование данного метода позволяет предупредить развитие беременности более чем в 99% случаев. ВМС может быть удалена с наступлением следующего менструального цикла либо оставлена в качестве средства долгосрочной контрацепции. В случае установки ВМС необходимо в обязательном порядке **провести полный курс лечения ИППП** в соответствии с рекомендациями в Таблице схем лечения № 13.

Если изнасилование имело место более 5 суток назад, врач должен информировать женщину о возможности искусственного прерывания нежеланной беременности (в большинстве стран закон разрешает прерывание беременности, возникшей в результате изнасилования). Женщина, ставшая жертвой изнасилования, должна иметь возможность пройти соответствующее обследование с тем, чтобы исключить наличие уже существующей беременности.

ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИППП

Необходимость раннего начала профилактических мероприятий после свершившегося факта изнасилования обусловлена возможностью предупреждения целого ряда различных ИППП. Профилактика последних может быть начата одновременно с экстренной контрацепцией. При этом назначаемые препараты должны приниматься во время еды и через достаточно длительные промежутки времени с тем, чтобы уменьшить возникновение побочных эффектов (таких как тошнота, рвота и т.д.).

В зависимости от вида ИППП, инкубационный период может длиться от нескольких дней (гонорея, мягкий шанкр) до нескольких недель и месяцев (сифилис, ВИЧ-инфекция). В то время как ранняя профилактика ИППП позволяет снизить степень психологического дискомфорта, испытываемого жертвой изнасилования, решение о том, начинать ли проведение превентивных мер или ждать получения результатов лабораторных анализов, должно в любом случае приниматься самой пострадавшей.

В таблице лечебных схем № 13 приводятся различные варианты профилактических/лечебных курсов, которые являются эффективными вне зависимости от того, начинается ли лечение вскоре после незащищенного полового контакта или вслед за развитием характерной симптоматики той или иной ИППП.

Таблица схем лечения №13. Превентивное лечение ИППП у взрослых

Вид ИППП	Вариант №1 Назначается однократная, высокоэффективная доза. При лечении используется по одному препарату из каждого блока (курс включает 3-4 препарата) ^а	Вариант №2 Высокоэффективные заменители препаратов основного ряда (при этом может наблюдаться устойчивость микробактериальных к некоторым препаратам либо возникать необходимость в увеличении дозировки).	Вариант лечения в случаях, когда пациентка беременна, кормит ребенка грудью или является лицом несовершеннолетнего возраста При лечении используется по одному препарату из каждого блока (набор включает 3-4 препарата) ^а
Сифилис	Бензатин пенициллин – 2,4 млн. ед. в/м. однократно	Доксициклин ^с – 100 мг внутри 2 раза в день в течение 14 дней (назначается только в случае аллергии на пенициллин)	Бензатин пенициллин – 2,4 млн. ед. в/м. однократно
Гонорея и Мягкий шанкр	Цефиксим – 400 мг. внутри однократно, или Цефтриаксон – 125 мг в/м.	Ципрофлоксацин ^б – 500 мг внутри однократно, или Спектиномицин – 2 г в/м	Цефиксим – 400 мг. внутри однократно, или Цефтриаксон – 125 мг в/м.
Хламидийная инфекция и Лимфогранулема венерическая	Азитромицин – 1 г. внутри однократно.	Доксициклин ^с – 100 мг внутри 2 раза в день в течение 7 дней, или Тетрациклин ^б – 500 мг внутри 4 раза в день в течение 7 дней	Азитромицин – 1 г. внутри однократно, или Эритромицин – 500 мг внутри 4 в день в течение 7 дней.
Трихомониаз	Метронидазол ^б – 2 г. внутри однократно.	Тинидазол ^е – 2 г внутри однократно.	Метронидазол ^б – 2 г. внутри однократно, или 400-500 мг 3 раза в день в течение 7 дней.

- Назначение бензатин пенициллина может быть необязательным, если схема лечения предусматривает прием азитромицина (1 г. однократно), доксициклина (при 14-дневном курсе), тетрациклина или эритромицина, поскольку каждый из этих препаратов обеспечивает эффективное подавление инкубационного сифилиса.
 - Метронидазол не следует назначать в первом триместре беременности. Пациенты, принимающие метронидазол, должны избегать употребления алкогольных напитков.
 - Эти препараты не рекомендуется назначать при беременности и грудном вскармливании.
 - Необходимо принимать во внимание наличие резистентности возбудителя гонореи к препаратам хинолонового ряда (ципрофлоксацин, офлоксацин) в некоторых регионах, например в таких регионах ВОЗ, как Юго-Восточная Азия и Западный регион Тихого океана.
 - При приеме тинидазола рекомендуется избегать употребления алкогольных напитков.
- Дополнительные рекомендации по лечению гонореи приводятся в Приложении №4.

Схемы превентивного лечения ИППП у детей строятся на тех же принципах, что и лечение ИППП у взрослых. Рекомендуемые дозировки препаратов приводятся в Таблице схем лечения №14.

Таблица схем лечения №14. Профилактическое лечение ИППП у детей

ИППП	Все препараты, которые назначаются в виде однократной дозы, высокоэффективны. При лечении используется по одному препарату из каждого блока (курс включает 3-4 препарата) ^b .	Дети старшей возрастной группы и подростки
Сифилис	Бензатин пенициллин – 50 тыс. ед. на кг веса в/м, однократно или Эритромицин – 12,5 мг на кг веса внутрь 4 раза в сутки в течение 14 дней.	При весе более 45 кг используются схемы лечения для взрослых.
Гонорея ^a и Мягкий шанкр	Цефиксим – 8 мг на кг веса в виде однократной дозы, или Цефтриаксон – 125 мг в/м, или Спектиномицин – 40 мг на кг веса (максимум 2 г) в/м.	При весе более 45 кг используются схемы лечения для взрослых.
Хламидийная инфекция и Лимфогранулема венерическая	Эритромицин – 12,5 мг на кг веса внутрь 4 раза в сутки в течение 7 дней.	При возрасте пациента 12 лет и старше используются схемы лечения для взрослых.
Трихомониаз	Метронидазол ^c – 5 мг на кг веса внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.	При возрасте пациента 12 лет и старше используются схемы лечения для взрослых.

- a. Дополнительные рекомендации по лечению гонорей приводятся в Приложении №4.
- b. При назначении эритромицина для лечения сифилиса в курс для лечения детей будет входить только 3 препарата.
- c. При приеме метронидазола рекомендуется избегать употребления алкогольных напитков.

Экстренная профилактика ВИЧ-инфекции

Экстренная профилактика (ЭП) ВИЧ-инфекции заслуживает пристального внимания, поскольку ВИЧ-инфицирование представляет собой одно из возможных последствий изнасилования, которого больше всего боятся. На настоящий момент наука не располагает какими-либо конкретными доказательствами эффективности мер ЭП в предупреждении ВИЧ-инфицирования после незащищенного полового контакта, тем более, что пока еще нет достаточного доступа к средствам ЭП. В случаях, когда имеется доступ к ЭП ВИЧ-инфекции, информирование пострадавших о возможных рисках и эффективности неотложных профилактических мер и направление их в соответствующее медицинское учреждение для проведения профилактических процедур должно осуществляться в течение 72 часов с момента изнасилования. Врач должен оценить, что пациент знает о путях передачи ВИЧ и строить свою консультацию соответственно. При этом необходимо принимать во внимание распространенность ВИЧ-инфекции в данном регионе, а также другие факторы (телесные повреждения, наличие других ИППП), которые могут способствовать увеличению риска ВИЧ-инфицирования при незащищенных половых контактах. Если пациент соглашается на проведение ЭП, то курс профилактического лечения предусматривает, как правило, прием двух или трех антиретровирусных препаратов в течение 28 дней.

Профилактическая иммунизация против вируса гепатита «В»

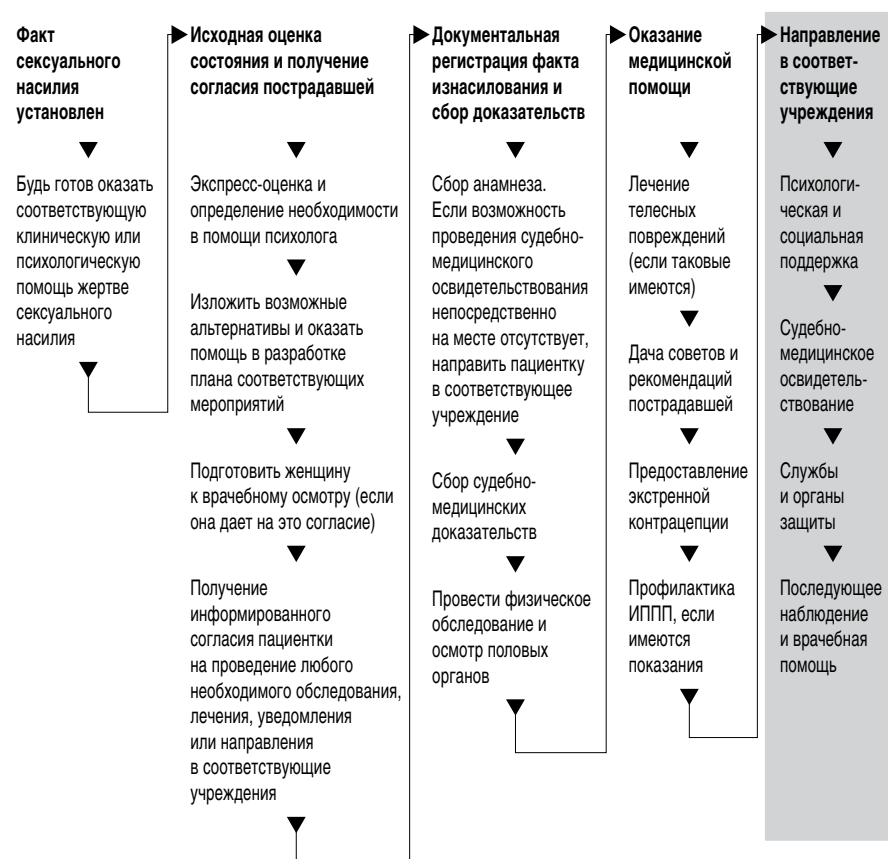
Вирус гепатита «В» легко передается при незащищенных половых контактах либо при контакте с зараженной кровью. Хотя современный арсенал средств борьбы с гепатитом «В» включает несколько видов эффективных вакцин, все они являются достаточно дорогостоящими и требуют правильного хранения в условиях низких температур. По возможности, прививки должны производиться в течение 14 дней после свершившегося факта изнасилования. Как правило, пациент получает три внутримышечные инъекции

в первые дни после изнасилования, а также по прошествии 1 месяца и 6 месяцев после первой инъекции (график прививок должен устанавливаться в соответствии с инструкциями по применению каждого конкретного препарата). Допускается профилактическая иммунизация беременных женщин, а также лиц, страдающих хронической формой гепатита «В» либо имеющих в анамнезе случай заболевания острой формой гепатита. Там где предусмотрена обязательная вакцинация новорожденных, следует избегать необоснованного назначения дополнительных доз вакцины детям, которым прививки против данного заболевания уже проводились. Введение иммуноглобулина в качестве средства профилактики гепатита является не обязательным, если данному лицу уже была проведена вакцинация против гепатита.

Столбнячный анатоксин

Профилактика столбняка предусматривает, помимо других мероприятий, тщательную обработку ран. Если у жертвы изнасилования имеются рваные или резаные раны либо ссадины, то в этом случае проводится обязательная профилактическая вакцинация против столбняка. Если пациенту в прошлом уже проводилась прививка от столбняка, можно ограничиться введением лишь повторной дозы вакцины. Если профилактическая иммунизация ранее не проводилась, то помимо первой дозы вакцины пациент должен получить еще две прививки (через 1 месяц и через 6-12 месяцев после первой прививки). Если рана сильно загрязнена или с момента нанесения раны прошло более 6 часов, и пациент ранее не подвергался вакцинации, одновременно с прививкой назначается также столбнячный анатоксин.

Этап 5. Направление в специализированное медицинское учреждение



После проведения первичного комплекса мер по оказанию помощи жертве сексуального насилия, может возникнуть необходимость в направлении пациента к соответствующему специалисту (например, психологу) для дополнительного обследования и лечения. Сотрудники охранного агентства или приюта для жертв сексуального насилия должны оценить степень существующей угрозы для жизни и здоровья пострадавшего лица и при необходимости принять необходимые меры безопасности. Если жертва изнасилования не возражает против судебно-медицинского освидетельствования и таковое не может быть проведено в данной клинике, то в таком случае пациент должен получить направление на обследование в соответствующее учреждение.

Врачу следует оговорить и организовать все, что требуется для последующего наблюдения и необходимых услуг еще во время первой встречи с пациентом. Женщина должна получить четкое представление о том, к какому специалисту ей можно будет обратиться при появлении каких-либо вопросов или возможного расстройства физического или психического здоровья в результате случившегося. Особенно важно оказание кризисной помощи подросткам-жертвам сексуального насилия, поскольку они могут испытывать страх или нежелание сообщить родителям или близким о факте изнасилования.

ПРИЛОЖЕНИЯ

- Приложение №1. Клинические навыки по ведению ИППП/ИРО.
- Приложение №2. Дезинфекция и универсальные меры предосторожности.
- Приложение №3. Лабораторная диагностика ИРО.
- Приложение №4. Медикаментозное лечение.
- Приложение №5. Справочные таблицы по ИППП/ИРО.
- Приложение №6. Дополнительная литература.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1 КЛИНИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ПО ВЕДЕНИЮ ИППП/ИРО

Содержание

- Сбор анамнеза
- Типичная симптоматика ИППП/ИРО
- Обследование пациентов

СБОР АНАМНЕЗА

Ввиду распространенности предосудительного отношения к лицам, страдающим ИППП/ИРО, пациенты зачастую не стремятся говорить о своей проблеме. Поэтому, чтобы пациенты чувствовали себя как можно более свободно во время сбора анамнеза заболевания и при обследовании, врач должен занять позицию чуткого и сочувствующего собеседника, а не вести себя отстраненно и осуждающе.

- поприветствуйте пациента
- побудите пациента к искреннему разговору
- Смотрите в глаза своему собеседнику
- Внимательно слушайте своего собеседника

Сексуальный анамнез может служить полезным источником информации при принятии решения о ведении ИППП/ИРО или определения необходимости в проведении дополнительных обследований или анализов. Беседа с пациентом должна проводиться в обстановке полной конфиденциальности. При этом врач должен попросить пациента ответить на следующие вопросы:

- причина, побудившая пациентку (пациента) обратиться к врачу;
- социальный анамнез, включая факторы, способствующие увеличению риска заболевания ИППП/ИРО;
- медицинский анамнез, включая наличие аллергии на прием/введение лекарственных препаратов;
- количество предыдущих беременностей, дата начала и окончания последней менструации, характер менструального цикла, использование методов контрацепции;
- сексуальный анамнез, включая указание на какие-либо привычки и склонности, способствующие увеличению риска заболевания ИППП/ИРО;
- симптомы, связанные с причиной, побудившей пациентку (пациента) обратиться к врачу;
- наличие симптомов ИППП/ИРО.

ТИПИЧНАЯ СИМПТОМАТИКА ИППП/ИРО

Многие больные ИРО отмечают симптомы, которые являются частью специфических синдромов. Для ведения синдромов врачи могут использовать соответствующие алгоритмы, предлагаемые в Главах 8 и 9 настоящего руководства.

Женщины	Мужчины	Синдром
Патологические выделения из влагалища (необычный цвет, запах, количество или консистенция) Зуд или раздражение вульвы или влагалища.		Выделения из влагалища (см. блок-схемы №1 и №9)
	Выделения из уретры Болезненное мочеиспускание (дизурия)	Выделения из уретры (см. блок-схему №5)
Боли внизу живота		Боли внизу живота (см. блок-схему №2)
Генитальные язвы, ранки или пузырьки		Генитальные язвы (см. блок-схему №3)
Отек, опухоли или язвы в области промежности		Паховый бубон (см. блок-схему №4)

Внизу перечислены другие симптомы и признаки, которые могут указывать на ИРО или влиять на выбор соответствующей схемы лечения:

- Болезненное мочеиспускание у женщин может указывать на инфекцию влагалища или шейки матки либо на инфекционное поражение мочевыводящих путей (МВП). Если данный симптом сопровождается также выделениями из влагалища, следует использовать блок-схему для синдрома вагинальных выделений. В противном случае, может потребоваться проведение обследования или лабораторных анализов на инфекцию шейки матки или МВП.
- Признаки инфекции, сопровождающиеся отсутствием менструции (аменорея) или нерегулярным кровотечением, могут указывать на беременность. Лечение женщин с такой симптоматикой должно проводиться согласно соответствующей блок-схеме (см. Главу 9).
- Патологические выделения, изъязвления и бородавчатые образования могут появляться вследствие многих ИППП, ведущих к инфекции гениталий. Лечение в таком случае проводится в соответствии с принципами, которые применяются при лечении генитальных инфекций.
- Возникновение язвенных и других поражений слизистой ротовой полости и кожи около ротовой области могут указывать на сифилис или герпесную инфекцию.
- Поражения горла, обусловленные ИППП (фарингеальная гонорея) также возможны. В таких случаях рекомендуется назначение однократной дозы цефтриаксона (125 мг), цефиксима (400 мг), ципрофлоксацина (500 мг) или офлоксацина (400 мг) – см. таблицу схем лечения 8.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ¹

Обследование пациентов должно проводиться в такой же обстановке конфиденциальности и уединения, что и сбор анамнеза. Пациенты должны чувствовать себя в полной безопасности от вторжения посторонних в кабинет в тот момент, когда они будут раздеваться или находиться на смотровом кресле. При осмотре пациента противоположного пола врачу рекомендуется иметь в качестве ассистента лицо того же пола, что и данный пациент.

Любое обследование должно начинаться с общего осмотра пациента, включая измерение основных жизненных показателей (пульс, дыхание, артериальное давление и т.д.) и осмотр кожных покровов с целью выявления признаков возможного системного заболевания. В задачу настоящего руководства не входит освещение всех аспектов физического обследования пациентов.

Как правило, гинекологическое обследование включает три основных этапа (количество этапов зависит от наличия соответствующего инструментария и расходных материалов):

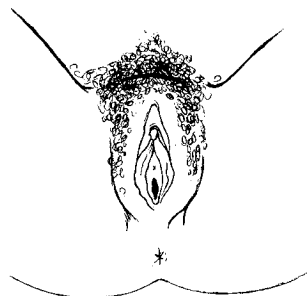
- осмотр наружных половых органов;
- обследование с помощью гинекологических зеркал;
- бимануальное обследование.

НАРУЖНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Перед началом обследования:

- Убедитесь в том, что обследование проводится в условиях конфиденциальности.
- Попросите женщину опорожнить мочевой пузырь.
- Тщательно вымойте руки в проточной воде с мылом.
- Попросите женщину снять одежду, которая может мешать проведению осмотра, и укройте ее чистой простыней.
- Попросите женщину лечь на спину и принять стандартное положение для проведения гинекологического осмотра. Объясните пациентке цель Ваших последующих действий.
- Наденьте чистую перчатку на руку, которую Вы собираетесь ввести во влагалище.

Обследование необходимо проводить при хорошем освещении. Проведите осмотр наружных половых органов, включая промежность и задний проход – проведите бережную пальпацию рукой в перчатке с целью выявления каких-либо опухолевидных образований, патологических выделений, изъязвлений, механического нарушения целостности кожных покровов или рубцов в области гениталий или между кожными складками вульвы.

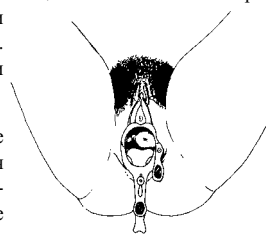


¹ Большая часть данного раздела является адаптированным текстом, заимствованным из Burns et al. *Where women have no doctor*. Berkley, CA, USA, Hesperian Foundation, 1997.

Признаки, на которые следует обращать внимание при проведении внешнего осмотра	Ведение
Появление выделений патологического характера и покраснение вульвы являются характерным признаком вульвовагинитов. Белый цвет и творожистая консистенция влагалищных выделений указывают на возможность дрожжевого микоза.	Влагалищные выделения – см. блок-схему №1. (Если патологические выделения обнаруживаются во время беременности – см. блок-схему №9).
Язвенные поражения, ранки или пузырьки.	Генитальные язвы – см. блок-схему №3.
Припухлость или опухолевидные образования в паховой области (паховая лимфаденопатия)	Паховый бубон – см. блок-схему №4.

Обследование при помощи гинекологических зеркал

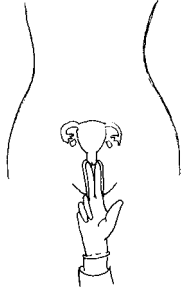

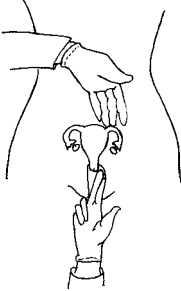
- До того как приступить к гинекологическому обследованию при помощи гинекологического зеркала (влагалищных расширителей), убедитесь, что инструменты были надлежащим образом продезинфицированы (см. Приложение №2). Перед введением смочите инструмент чистой теплой водой или, при возможности, обработайте смазкой (любрикантом).
- Введите большой палец руки, одетой в перчатку, во влагалище женщины (некоторые гинекологи предпочитают для выполнения данного этапа использовать переднюю кромку зеркала). После этого произведите осторожное надавливание сверху вниз на мышечное кольцо, окружающее вход во влагалище. Выполняйте манипуляцию медленно, дожидаясь достаточного расслабления мышц.
- Свободной рукой возьмите зеркало, удерживая рабочие пластины вместе при помощи указательного и среднего пальца. Поверните зеркало таким образом, чтобы рукоятка приняла горизонтальное положение, и введите инструмент во влагалище. Следите за тем, чтобы при введении зеркала не возникло чрезмерное давление на область уретры или клитора, так как эти зоны обладают повышенной чувствительностью. Введя зеркало наполовину, поверните его таким образом, чтобы рукоятка была направлена вниз. (Примечание: некоторые смотровые кабинеты могут быть оборудованы кушетками, которые исключают возможность поворота рукоятки расширителя вниз – в таком случае следует направлять рукоятку инструмента вверх).
- Осторожно разведите рабочие пластины зеркала и попытайтесь найти шейку матки. Медленно и осторожно меняйте положение инструмента до тех пор, пока не увидите шейку матки между расширенными пластинами. Используя крепежный винт (или другое блокирующее устройство), зафиксируйте положение рабочих пластин зеркала.
- Произведите внешний осмотр шейки матки, которая в норме должна быть розовой, иметь округлую форму и гладкую поверхность. При осмотре возможно обнаружение точечных кист желтоватого цвета, небольших зон гиперемии вокруг отверстия цервикального канала или прозрачных слизистых выделений; все эти проявления относятся к вариантам нормы. Исследуйте шейку матки на такие признаки инфекции как наличие желтоватого отделяемого либо повышенной кровоточивости (проверяется путем легкого надавливания тампоном на поверхность шейки). Отметьте наличие каких-либо патологических новообразований или изъязвлений.
- Отметьте состояние цервикального канала (закрыт/раскрыт), а также наличие/отсутствие патологического отделяемого или кровотечения. Если обследование проводится по поводу влагалищного кровотечения после родов, искусственного аборта или выкидыша, следует обратить внимание на наличие/отсутствие фрагментов ткани в цервикальном канале.



- Для извлечения зеркала, начните осторожно выводить его до тех пор, пока рабочие пластины не отойдут на достаточное расстояние от шейки матки. Затем, расслабив крепежный винт, полностью сомкните пластины и мягко выведите зеркало из влагалища, слегка поворачивая рукоятку инструмента вбок.
- Обеспечьте тщательную дезинфекцию использованного инструмента.

На что нужно обращать внимание при проведении обследования при помощи гинекологических зеркал	Ведение
Влагалищные выделения и гиперемия стенок влагалища являются распространенными симптомами вагинита. Белый цвет и творожистая консистенция выделений указывают на возможность дрожжевого микоза.	Влагалищные выделения – см. блок-схему №1. (Если патологические выделения обнаруживаются во время беременности – см. блок-схему №9).
Язвы, ранки или пузырьки.	Генитальные язвы – см. блок-схему №3.
Повышенная кровоточивость шейки матки, а также изменение цвета и гнойно-слизистый характер отделяемого указывают на возможность цервикальной инфекции.	Таблица схем лечения №2.
Если обследование проводится после родов, искусственного аборта или выкидыша, следует обратить внимание на влагалищное кровотечение и наличие/отсутствие фрагментов ткани в цервикальном канале.	Послеабортные осложнения – см. блок-схему №6.
Опухолевидные и другие патологические образования на шейке матки.	Анализ влагалищного мазка по Папаниколу или цитологическое исследование.

Пальпация репродуктивных органов в полости живота: бимануальное обследование

- Проверьте на предмет болезненности при смещении шейки матки. Введите указательный палец руки, одетой в перчатку, во влагалище женщины. После этого произведите осторожное надавливание пальцем сверху вниз на мышечное кольцо, окружающее вход во влагалище. После расслабления мышц введите также средний палец. Поверните кисть ладонью кверху.
- 
- Найдите на ощупь входное отверстие шеечного канала и убедитесь, что оно плотное с округлыми краями. Затем расположите пальцы по обе стороны шейки матки и попытайтесь осторожно сместить ее, наблюдая при этом за реакцией женщины. В норме, шейка матки должна легко и безболезненно смещаться. Если смещение матки вызывает болезненные ощущения (о чем свидетельствует появление гримасы боли на лице женщины), то такой признак, обозначаемый как "повышенная чувствительность шейки", может указывать на наличие инфекционного процесса в области матки, маточных труб или яичников. Если шейка матки размягчена, то это может являться признаком беременности.
- Пальпируйте матку, осторожно надавливая на низ живота пациентки свободной рукой, что позволяет сместить матку, маточные трубы и яичники ближе к пальцам руки, введенной во влагалище. Тело матки может быть наклонено вперед или назад. Если Вы не можете нащупать тело матки впереди шейки, осторожно приподнимите ее и попытайтесь найти тело матки в пространстве, расположенном непосредственно за шейкой. Если Вы обнаруживаете тело матки, расположенное под шейкой, то в таком случае имеет место перегиб матки назад.
- После того, как Вы нашли тело матки, попытайтесь определить ее размер и форму путем размещения введенных во влагалище пальцев по бокам шейки с последующим постепенным перемещением наружных пальцев вдоль тела матки. Тело матки должно быть плотным и гладким на ощупь и по размеру быть меньше лимона.
- 
- Если тело матки увеличено и мягкое на ощупь, то это может говорить о том, что женщина беременна.
 - Если тело матки твердое и ее поверхность бугристая на ощупь, то это указывает на возможное наличие фиброзной опухоли или другого патологического новообразования.
 - Если мануальное обследование матки вызывает болезненную реакцию у женщины, то в этом случае не исключается наличие маточной инфекции.
 - Если матка при ручном обследовании перемещается с трудом, то это может указывать на наличие спаек, возникших в результате перенесенной инфекции.
- Пальпируйте маточные трубы и яичники. В норме они прощупываются с трудом. Обнаружение опухолевидных образований размером больше миндаля или сопровождающихся сильной болью при пальпации, указывает на возможность наличия инфекции или другого патологического состояния, требующего принятия срочных мер. Если опухолевидное образование является болезненным на ощупь и у женщины отмечается задержка менструального цикла, то это может являться признаком внематочной беременности и требует оказания **неотложной медицинской помощи**.
- 
- Исследуйте на ощупь стенки влагалища и убедитесь в отсутствии опухолевидных образований, нарушения целостности стенок или изъязвлений.
 - Попросите женщину покашлять или потужиться и убедитесь в отсутствии патологического выпячивания стенок влагалища. Если выпячивание имеет место, то у женщины может быть опущение (пролапс) матки или мочевого пузыря.

- Завершив обследование, вымойте и продезинфицируйте перчатку, если она предназначена для многократного использования. Тщательно вымойте руки водой с мылом.

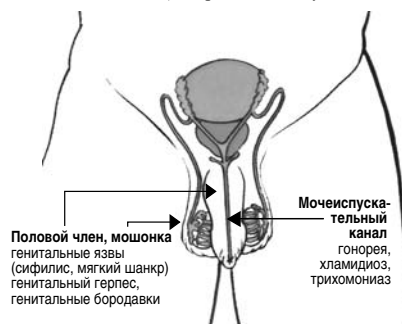
На что нужно обращать внимание при проведении бимануального обследования	Ведение
Болезненность внизу живота при надавливании на область матки рукой, находящейся снаружи	При обнаружении болезненности во время пальпации живота или бимануальном обследовании рекомендуется использовать блок-схему №2 (болезненность внизу живота).
Болезненная реакция на смещение шейки матки в латеральном направлении, производимое пальцами руки, которая находится во влагалище и на которую надета перчатка (о чем часто свидетельствует появление гримасы боли на лице женщины).	
Болезненность матки и придатков при надавливании на матку (в центре) и яичники (по бокам) одновременно обеими руками (одна снаружи и одна изнутри).	
Наличие при пальпации патологических образований или затвердений.	Анализ влагалищного мазка по Папаниколау или цитологическое исследование.

СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ ИРО У ЖЕНЩИН

Синдром	Симптом	Признак
Вагинит (См. блок-схему №1)	Влагалищные выделения патологического характера (измененный цвет, запах, количество или консистенция) Зуд или раздражение вульвы или влагалища	Гиперемия вульвы и влагалища Патологические влагалищные выделения обнаруживаются при внешнем осмотре или обследовании при помощи гинекологических зеркал
Цервицит (См. таблицу лечебных схем №2)	Обычно отсутствуют. Иногда могут предъявляться жалобы на жжение при мочеиспускании или появление небольшого количества крови после полового сношения.	Цервикальное отделяемое слизисто-гнойного характера Повышенная кровоточивость шейки матки
Боли внизу живота (См. блок-схему №2)	Боли внизу живота Болезненность при половом акте	Болезненность внизу живота при пальпации Болезненная реакция на смещение шейки матки при бимануальном гинекологическом обследовании Болезненность при бимануальном обследовании матки и яичников
Генитальная язва (см. блок-схему №3)	Генитальные язвы, ранки или пузырьки	
Паховый бубон (см. блок-схему №4)	Отек, опухолевидные образования или изъязвления в паховой области	

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА

- Перед обследованием тщательно вымойте руки и наденьте чистые перчатки.
- Объясняйте пациенту цель Ваших действий перед проведением каждого этапа обследования.
- Попросите пациента встать и спустить нижнее белье до колен. Некоторые врачи предпочитают, чтобы во время обследования пациент занимал горизонтальное положение.
- Проведите пальпаторное обследование паховой области с целью выявления увеличенных лимфоузлов или бубонов.
- Проведите пальпаторное обследование мошонки, стараясь ощупать яички, придатки и семенные канатики с каждой стороны.
- Произведите внешний осмотр полового члена, отмечая наличие каких-либо высыпаний и изъязвлений.
- Попросите пациента отвести назад крайнюю плоть (если таковая имеется) и проведите визуальное обследование головки и пещеристых тел.
- При отсутствии видимого отделяемого из мочеиспускательного канала попросите пациента произвести сдавливание содержимого уретры.
- Попросите пациента повернуться к Вам спиной и нагнуться, слегка раздвинув при этом ягодицы руками. Аналогичного результата можно достигнуть, попросив пациента лечь на бок и подвести верхнюю ногу к груди.
- Проведите визуальное обследование области заднего прохода на наличие изъязвлений, папиллом, высыпаний или патологических выделений.
- По окончании обследования тщательно вымойте руки.
- Запишите результаты обследования, включая указание на наличие/отсутствие изъязвлений, бубонов, папиллом или уретральных выделений (с указанием цвета и количества).



НА ЧТО НУЖНО ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ ПРИ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА

Какие необходимо выявить признаки	Ведение
Выделения из мочеиспускательного канала	Уретральные выделения (см. блок-схему №5)
Язвы, ранки или пузырьки	Генитальная язва (см. блок-схему №3)
Отек или опухолевидные образования в паховой области (паховая лимфаденопатия) и опухание яичек	Паховый бубон (см. блок-схему №4)

ПРИЛОЖЕНИЕ №2. ДЕЗИНФЕКЦИЯ И УНИВЕРСАЛЬНЫЕ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

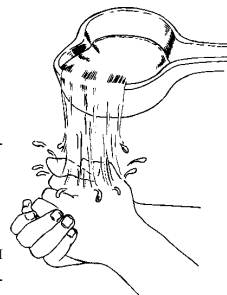
Содержание

- Профилактика инфекции в условиях клиники
- Дезинфекция высокого уровня: три ступени
- Универсальные меры предосторожности

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ

Тщательно вымойте руки до начала и после окончания работы с каждым пациентом. Это самый эффективный способ уничтожения болезнетворных микроорганизмов. Руки необходимо мыть еще более тщательно и в течение более длительного времени в следующих случаях:

- до и после выполнения акушерских манипуляций;
- до и после контакта с раной или поврежденной кожей;
- до и после выполнения инъекции, разреза или пункции;
- после контакта с кровью, мочой, калом, слюной или влагалищными выделениями;
- после снятия перчаток.



Используйте мыло или другие дезинфектанты для удаления грязи и уничтожения микробов. Тщательно намыливая руки, досчитайте до 30. Используйте щетку или мягкие тампоны для удаления грязи, скопившейся под ногтями. Смойте мыло под проточной водой. Если нет проточной воды, не используйте одну и ту же воду больше одного раза.

Дезинфекция или стерилизация медицинского оборудования и инструментов. Процедура практически полной очистки медицинского оборудования и инструментов от микробов носит название дезинфекции высокого уровня. Инструменты подлежат обработке в моющем растворе с последующей дезинфекцией, если они предназначены для:

- выполнения разрезов или пункций;
- выполнения инъекций;
- иссечения пуповины;
- проведения влагалищного обследования (особенно во время родов и после рождения ребенка, после выкидыша или искусственного аборта);
- выполнения любых трансцервикальных процедур.

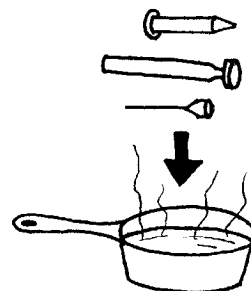
ДЕЗИНФЕКЦИЯ ВЫСОКОГО УРОВНЯ: ТРИ СТУПЕНИ ²

1. Отмачивание. Поместите инструменты в отмачивающий раствор на 10 минут. По возможности, рекомендуется использовать 0,5% раствор хлорной извести. Отмачивание инструментов в растворе хлорной извести защищает вас от инфицирования при последующем их мытье. При отсутствии хлорной извести, отмочите инструменты в обычной воде.
2. Мытье. Тщательно вымойте все инструменты, используя мыльный раствор и щетку, и ополосните их в проточной воде. Будьте осторожны при мытье острых инструментов, чтобы не порезаться. Перед тем, как приступить к работе, надевайте перчатки (по возможности из прочного материала).
3. Дезинфекция. Держите на пару или в кипящей воде в течение 20 минут.

- Для паровой обработки инструментов необходимо иметь кастрюлю с крышкой. Нет необходимости, чтобы вода покрывала инструменты, однако, ее количество должно быть достаточным для проведения паровой обработки в течение 20 минут. Не перегружайте емкость. Инструменты не должны выступать за верхний край кастрюли.

- При обработке инструментов кипячением вода не обязательно должна доходить до краев емкости. Однако количество воды должно быть достаточным, чтобы инструменты находились под ее поверхностью в течение всего времени кипячения. Заложите инструменты в емкость и накройте ее крышкой.

- Как при паровой обработке, так и при обработке кипячением отсчет времени (20 мин.) должен начинаться после того, как вода полностью закипит. Не закладывайте новые инструменты в емкость для обработки, если отсчет времени уже начал.



Как приготовить 0,5% раствор хлорной извести для дезинфекции.

- Ознакомьтесь с надписью на упаковке хлорной извести. Если содержание активного хлора составляет:
 - 2% – используйте 1 часть хлорной извести на 3 части воды
 - 5% – используйте 1 часть хлорной извести на 9 частей воды
 - 10% – используйте 1 часть хлорной извести на 19 частей воды
 - 15% – используйте 1 часть хлорной извести на 29 частей воды
- Раствор должен готовиться в количестве, достаточном для обеспечения суточной потребности. Не используйте раствор на следующий день, т.к. он будет недостаточно крепким для полного уничтожения болезнетворных микроорганизмов.

² По материалам пособия «Когда рядом нет гинеколога», Западный фонд – [«Where Women Have No Doctor», Hesperian Foundation].

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ³

Одни и те же меры предупреждения распространения инфекций – универсальные меры предосторожности – должны применяться в отношении каждого пациента вне зависимости от того, выглядит ли он больным или здоровым, является ли он носителем ВИЧ либо другой инфекции, или нет.

Несоблюдение элементарных мер предосторожности может стать причиной передачи целого ряда ИРО от больного к врачу или другому пациенту. Вирусные гепатиты В и С, а также ВИЧ-инфекция входят в группу неизлечимых заболеваний, которые могут легко передаваться при повторном использовании зараженных игл и острых инструментов. Поскольку ИРО зачастую протекают без выраженной симптоматики, то по внешнему виду практически невозможно определить, является ли данный человек носителем инфекции или нет. В связи с этим, общие меры предосторожности должны соблюдаться при работе с каждым пациентом вне зависимости от того, является ли данный человек носителем инфекции или нет.

Соблюдайте меры предосторожности при работе с каждым пациентом. Всякий раз, когда Вам приходится делать разрез или соприкасаться с биологическими жидкостями (например, при выполнении инъекции, наложении швов, родовспоможении или проведении влагалищного обследования) следуйте рекомендациям, указанным ниже.

Соблюдение этих правил полностью исключает риск передачи инфекции от одного человека к другому и гарантирует Вашу собственную безопасность от инфицирования.

- Избегайте прямого контакта с такими биологическими жидкостями, как кровь, рвотные массы, кал или моча.
- Избегайте совместного пользования предметами, которые могли соприкоснуться с кровью. Перечень таких предметов включает бритвы, иглы, режущие инструменты и зубные щетки. Если Вы по каким-то обстоятельствам все же вынуждены пользоваться чужими предметами личной гигиены, обеспечьте их обязательную дезинфекцию перед каждым использованием.
- Раны должны перевязываться стерильным бинтом или чистым куском ткани.
- При удалении грязных бинтов или материи, при контакте с кровью, рвотными или каловыми массами пользуйтесь медицинскими перчатками или кусками полиэтилена.
- После смены постельного белья или одежды больного тщательно вымойте руки с мылом.
- Поддерживайте постельное белье и одежду больного в чистом состоянии. Это позволяет больному чувствовать себя достаточно комфортно и предупреждает развитие вторичных инфекций кожных покровов. Необходимо соблюдать осторожность при контакте с одеждой и постельным бельем, испачканным кровью, испражнениями или другими жидкими выделениями – продуктами жизнедеятельности организма (такую одежду/белье следует стирать отдельно). По возможности, сушка белья должна производиться в естественных условиях под воздействием солнечных лучей. В противном случае, белье после сушки рекомендуется тщательно проглаживать утюгом.

³ По материалам пособия «Когда рядом нет гинеколога», Западный фонд – [«Where Women Have No Doctor», Hesperian Foundation].

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИРО

Содержание

- Интерпретация тестов на сифилис
- Клинические критерии диагностики бактериального вагиноза
- Микроскопия нативных препаратов
- Микроскопия влагалищных мазков, окрашенных по Граму
- Микроскопия цервикальных мазков, окрашенных по Граму

Лабораторный тест RPR

Постановка RPR теста и интеграция полученных результатов 1

Получите согласие на проведение теста.

Объясните суть процедуры.

Используйте стерильную иглу и шприц. Наберите 5 мл венозной крови. Поместите в пробирку.

Оставьте пробирку в покое на 20 минут для отделения сыворотки (или центрифугировать в течение 3-5 минут со скоростью вращения 2000-3000 об/мин.) После отстаивания или центрифугирования сыворотка будет находиться наверху, а эритроциты – внизу.

С помощью капиллярной пипетки наберите небольшое количество сыворотки. Соблюдайте осторожность и избегайте попадания эритроцитов из нижней части образца.

Установите пипетку вертикально на тестовую пластинку. Нанесите из пипетки одну каплю сыворотки (50 µl) на тестовую пластинку. Необходимо мешалкой размазать каплю для заполнения кружочка на пластинке (можно использовать зубочистку или другой чистый предмет).

Важно помнить: на одной пластинке возможна постановка нескольких проб, взятых у разных пациентов. Избегайте заражения остальных(соседних) тестовых кружков. Используйте чистую мешалку для каждого образца. Осторожно замаркируйте образец – ФИО пациента и номер.

Наденьте иглу на шприц. Встряхните антиген.* Возьмите достаточное количество антигена, чтобы хватило на количество проводимых тестов (одна капля на тест).

Держите шприц вертикально, чтобы лишь одна капля падала на каждой тестируемый образец. Не взбалтывайте.

Медленно вращайте тестовую пластину на ладони в течение 8 минут.** (или вращайте на специальном вращающем устройстве)

Интерпретация результатов

После восьмиминутного вращения, проверьте пластину при хорошем освещении. Поверните или наклоните пластину, для того чтобы посмотреть есть ли агглютинация (положительная реакция). Большинство пластинок включают отрицательные и положительные контрольные кружки для проведения сравнения.

Пример
тестовой
пластины



1. реакция отрицательная (нет агглютинации или только слабый налет) – отрицательный результат на сифилис
2. реакция положительная (очень заметная агглютинация) – положительный результат на сифилис
3. реакция слабо-положительная (минимальная агглютинация) – положительный результат на сифилис

Примечание: Слабо-положительная реакция может быть еще более мелкозернистой и трудно различимой, чем на данной иллюстрации

* Обеспечьте хранение антигенов в холодильнике (но не замораживать) и следите за сроком действия

** Комнатная температура должна быть в пределах 22,8°C – 29,3°C

Если RPR тест положителен:

- Выясните, получала ли женщина и ее партнер специфическое лечение по поводу сифилиса.
- Если нет, назначьте бензатин пенициллин для лечения женщины и ее партнера
- Проведите лечение новорожденного бензатином пенициллином.
- Наблюдайте за новорожденным в течение 2 недель
- Предоставьте консультацию по основам безопасного секса

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗА НА СИФИЛИС

Приведенные выше реакции на сифилис выявляют присутствие антител, указывающих на наличие сифилиса в настоящий момент или в прошлом. Постановка реакции на сифилис не требуется для постановки диагноза у пациентов с генитальными язвами, лечение которых должно проводиться в соответствии с блоком-схемой № 3.

Нетрепонемные тесты (RPR, VDRL или МПП) наиболее предпочтительны, поскольку позволяют выявить почти все случаи раннего сифилиса; постановка этих тестов не требует использования микроскопов, – они удобны, недороги и, что очень важно, осуществляются за короткий срок – 10-20 мин, однако при постановке этих тестов иногда определяются ложно-положительные реакции, уточнение которых требует проведения более сложных и трудоемких анализов – трепонемных подтверждающих тестов, среди которых наиболее часто употребляется: Treponema pallidum heamagglutination test (ТРНА), Fluorescent Treponema Antibody Absorption test (FTA-Abs), Microhaemagglutination assay for antibodies to Treponema palidum (МНА-ТР)

Примечание: если проведение уточняющих анализов является невозможным, **то лечение должно проводиться во всех случаях, когда у пациента обнаруживается положительная и другие основные реакции на сифилис.**

Интерпретация серологических результатов

	RPR	Титрование RPR	ТРНА
Ранний сифилис	+	>1:8	+
Латентный сифилис	+	Нередко <1:4	+
Ложноположительная реакция	+	Обычно <1:4	-
Полное излечение	+ или -	Снижение на 2 титра (например, с 1:16 до 1:4)	+

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

<p>Диагноз бактериального вагиноза может быть поставлен на основании простых клинических признаков с использованием микроскопа или без помощи такового.</p>	
Взятие образца	Отметьте цвет и консистенцию выделений. Возьмите образец выделений со стенок или из дистального сектора влагалища, где определяется их наибольшее скопление (либо используйте отделяемое, оставшееся на гинекологическом зеркале после влагалищного обследования). Прикоснитесь полоской для определения кислотности среды к влагалищному отделяемому, оставшемуся на тампоне или гинекологическом зеркале.
Приготовление вагинального мазка	Поместите образец материала на предметное стекло. Капните на образец 10% раствор гидроксида калия (KOH) и проследите за появлением какого-либо запаха.
На что нужно обращать внимание	Для постановки диагноза «бактериальный вагиноз» необходимо наличие по крайней мере 3 из 4 следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Гомогенные вагинальные выделения беловато-серого цвета, покрывающие стенки влагалища ▪ Кислотность влагалищного отделяемого >4,5 рН ▪ Появление рыбного запаха при добавлении к влагалищному отделяемому 10% раствора KOH ▪ Обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании
Заметка для врача	Проверьте наличие признаков других инфекций влагалища и шейки матки, т.к. сочетание инфекций является достаточно распространенным явлением.

МИКРОСКОПИЯ НАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого может быть полезным при дифференциальной диагностике кандидоза (возбудитель – <i>Candida albicans</i>), бактериального вагиноза и трихомониаза	
Взятие образца	Используя тампон, возьмите образец отделяемого со стенок или из дистального сектора влагалища, где определяется его наибольшее скопление.
Подготовка препаратов	Поместите образец материала на предметное стекло, капните на него 1-2 капли физиологического раствора и накройте покровным стеклом
На что нужно обращать внимание	Исследуйте образец под 100-кратным увеличением на предмет наличия типичных толчкообразных движений трихомонад. Исследуйте образец под 400-кратным увеличением на предмет присутствия дрожжевых клеток и трихомонад. Капните на образец каплю физиологического раствора и каплю 10% раствор гидроксида калия (это позволяет растворить посторонние клетки и существенно облегчает поиск возбудителей дрожжевого микоза).
Заметка для врача	Проверьте наличие признаков других инфекций влагалища и шейки матки, т.к. сочетание инфекций является достаточно распространенным явлением.

МИКРОСКОПИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ МАЗКОВ, ОКРАШЕННЫХ ПО ГРАМУ

Взятие образца	Образец для анализа мазка, окрашенного по Граму может быть подготовлен одновременно с образцом для микроскопического исследования нативного препарата путем прикладывания тампона с отделяемым к другому предметному стеклу.
Приготовление мазка	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите термозакрепление (фиксация) мазка. 2. Нанесите на мазок раствор кристаллвиолета и окрашивайте в течение 60 сек; промойте проточной водой и стряхните остатки воды 3. Нанесите на мазок раствор йода, оставив его на 60 сек; затем промойте проточной водой и стряхните остатки воды 4. Выдержите мазок в этиловом спирте до тех пор, пока краска полностью не сойдет с предметного стекла. 5. Обработайте мазок раствором сафранина (60 сек.) и смойте лишнюю краску водой. 6. Осторожно осушите мазок при помощи тампона. Капните на подготовленный мазок каплю иммерсионного масла и исследуйте его под микроскопом (1000-кратное увеличение).
На что нужно обращать внимание	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие только лактобацилл (норма). 2. Смешанная флора с преобладанием лактобацилл и единичным присутствием палочкообразных бактерий-коккобацилл (считается нормой). 3. Смешанная флора с преобладанием гарднереллообразных и анаэробных бактерий и единичным присутствием палочкообразных бактерий-коккобацилл (лечите по поводу БВ). 4. Смешанная флора, состоящая из грамположительных, грамотрицательных и грампеременных палочек. Лактобациллы отсутствуют (лечите по поводу БВ).
Заметка для врача	Проверьте наличие признаков других инфекций влагалища и шейки матки, т.к. сочетание инфекций является достаточно распространенным явлением.

МИКРОСКОПИЯ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ МАЗКОВ, ОКРАШЕННЫХ ПО ГРАМУ

1. Микроскопическое исследование мазков, окрашенных по Граму, не рекомендуется для диагностики цервикальной инфекции. Информативность данного метода для выявления *Neisseria gonorrhoeae* или определения *Chlamydia trachomatis* довольно низка, даже в случае наличия квалифицированных лабораторных сотрудников.
2. Расходы, связанные с применением данной методики, обслуживанием микроскопов и лабораторного оборудования, несоизмерно высоки, если принять во внимание факт, что это не ведет к существенному улучшению качества предоставляемой медицинской помощи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Содержание

- Медикаментозное лечение во время беременности
- Антибиотикотерапия гонореи

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Во время беременности, мать и плод представляют собой единую биологическую систему, в которой здоровье плода полностью зависит от состояния здоровья матери. Важно назначать лечение матери во всех ситуациях, когда это необходимо, одновременно обеспечивая максимальную защиту плода.

Медикаментозные средства могут оказывать отрицательное воздействие на плод в любом периоде беременности. В первом триместре высока опасность возникновения врожденных пороков развития плода (тератогенное воздействие). Наибольшему риску плод подвергается между третьей и одиннадцатой неделями беременности. Несмотря на то, что лишь некоторые лекарства продемонстрировали способность к тератогенному воздействию на человеческий плод, тем не менее, нет абсолютной гарантии, что то или иное медикаментозное средство не оказывает такого же воздействия в раннем периоде беременности.

Медикаментозная терапия должна назначаться беременным женщинам только в том случае, когда ожидаемая польза от лечения матери превышает возможный риск для здоровья плода. В первом триместре беременности рекомендуется избегать назначения каких бы то ни было лекарств, если это возможно. При отсутствии другой альтернативы, следует отдавать предпочтение лекарствам, которые часто использовались во время беременности и их относительная безопасность хорошо известна, избегая новых или недостаточно испытанных препаратов; к тому же все лекарства должны назначаться в минимальной эффективной дозировке. Далее в разделе представлены рекомендации по назначению некоторых наиболее распространенных лекарственных препаратов во время беременности. Отсутствие того или иного лекарственного препарата в этом перечне никоим образом не свидетельствует о его безопасности для здоровья матери и ребенка.

ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ацикловир	Препарат используется сравнительно недавно, пока не были продемонстрированы никакие отрицательные эффекты на плод. Назначается в случаях, когда ожидаемая польза от лечения превышает теоретический риск. Препарат демонстрирует низкую степень всасываемости при местном применении.
Амоксицилин	Тератогенный эффект отсутствует.
Амоксицилин + клавулановая кислота	Данные о тератогенном воздействии данной комбинации препаратов отсутствуют.
Ампициллин	Не оказывает отрицательного влияния во время беременности.
Бензатина бензилпенициллин	Не оказывает отрицательного влияния во время беременности.
Бензилпенициллин	Не оказывает отрицательного влияния во время беременности.
Цефиксим	Однократная доза во время беременности считается безопасной
Цефтазидим	Не оказывает отрицательного влияния во время беременности.
Цефтриаксон	Не оказывает отрицательного влияния во время беременности.
Хлорамфеникол	Отрицательное воздействие на плод в третьем триместре беременности: неонатальный синдром «серого новорожденного».
Ципрофлоксацин	Следует избегать назначения данного препарата во время беременности (опыты на животных приводили к возникновению у них артропатии). Современная фармакология располагает более безопасными альтернативами.
Клиндамицин	Не оказывает отрицательного влияния во время беременности.
Клотримазол	Эффекты в первом триместре беременности не изучались. При влагалищном введении во втором и третьем триместре, тератогенные эффекты не отмечались.
Клоксациллин	Не оказывает отрицательного влияния во время беременности.
Доксициклин	Противопоказан во время беременности и кормления грудью. Опыты на животных выявили отрицательное воздействие на формирование скелета плода в первом триместре беременности. Назначение препарата во втором и третьем триместре беременности приводило к появлению аномальной окраски зубов у детей и токсическому воздействию на печень матери при использовании высоких парентеральных доз.
Эритромицин	Данные о тератогенном воздействии препарата отсутствуют.
Фамцикловир	Исследования на животных не нашли никакого риска для плода – используется только в ситуациях, когда ожидаемая польза от лечения превышает теоретический риск.
Флуконазол	Препарат не рекомендуется назначать в первом триместре беременности, т.к. при назначении продолжительного курса в высокой дозировке возможно появление множественных врожденных пороков развития.
Гентамицин	Назначение препарата во втором и третьем триместре беременности может приводить к повреждению слухового или вестибулярного нерва. Несмотря на то, что риск для здоровья является достаточно небольшим, назначать данный лекарственный препарат рекомендуется только в тех случаях, когда ожидаемая польза от лечения превышает возможный риск для здоровья (в ходе лечения необходимо следить за динамикой концентрации гентамицина в сыворотке крови).
Метронидазол	Избегать назначения в первом триместре. Во втором и третьем триместре рекомендуется избегать назначения высоких доз препарата (более 1 г)

Миноциклин	Противопоказан во время беременности и кормления грудью. Опыты на животных выявили отрицательное воздействие на формирование скелета плода в первом триместре беременности. Назначение препарата во втором и третьем триместре беременности приводило к появлению аномальной окраски зубов у детей и токсическому воздействию на печень матери при использовании ударных парентеральных доз.
Налидиксовая кислота	Следует избегать назначения данного препарата во время беременности (опыты на животных приводили к возникновению у них артропатии). Современная фармакология располагает более безопасными альтернативами.
Нистатин	Данные о тератогенном воздействии препарата отсутствуют. Степень всасываемости препарата при приеме внутрь незначительна.
Офлоксацин	Следует избегать назначения данного препарата во время беременности (опыты на животных приводили к возникновению у них артропатии). Современная фармакология располагает более безопасными альтернативами.
Подofilлин	Следует избегать назначения во время беременности. В литературе имеются сообщения о случаях смерти новорожденных, вызванных приемом данного препарата, а также указания на тератогенное воздействие подофилина.
Стрептомицин	Назначение препарата во втором и третьем триместре беременности может приводить к повреждению слухового или вестибулярного нерва. Назначать данный препарат рекомендуется только в случае крайней необходимости (в ходе лечения необходимо следить за динамикой концентрации стрептомицина в сыворотке крови).
Сульфадиазин	Назначение препарата в третьем триместре беременности приводит к неонатальному гемолизу и метгемоглобинемии. Предположения о повышенном риске возникновения ядерной желтухи при приеме данного препарата являются, по всей вероятности, необоснованными.
Сульфаметоксазол + триметоприм	В первом триместре: теоретический риск тератогенеза (триметоприм является антагонистом фолатов). Во втором и третьем триместре: назначение препарата приводит к неонатальному гемолизу и метгемоглобинемии. Предположения о повышенном риске возникновения ядерной желтухи при приеме данного препарата являются, по всей вероятности, необоснованными.
Сульфасалазин	Теоретически, прием данной комбинации препаратов в первом триместре беременности увеличивает риск возникновения неонатального гемолиза. В связи с этим, при выборе данного препарата следует параллельно назначать соответствующие дозы фолатовых добавок.
Тетрациклин	Противопоказан во время беременности и кормления грудью. Опыты на животных выявили отрицательное воздействие на формирование скелета плода в первом триместре беременности. Назначение препарата во втором и третьем триместре беременности приводило к появлению аномальной окраски зубов у новорожденных и токсическому воздействию на печень матери при использовании высоких парентеральных доз.
Тинидазол	Препарат не рекомендуется назначать в первом триместре беременности. Во втором и третьем триместрах рекомендуется избегать назначения высоких доз препарата (более 1г).
Триметоприм	В первом триместре: теоретический риск тератогенеза (триметоприм является антагонистом фолатов).
Ванкомицин	Назначать данный лекарственный препарат рекомендуется только в тех случаях, когда ожидаемая польза от лечения превышает возможный риск для здоровья (в ходе лечения рекомендуется в обязательном порядке следить за динамикой концентрации ванкомицина в плазме крови с целью снижения риска токсического воздействия на плод).
Зидовудин и другие антиретровирусные препараты	Препарат не рекомендуется назначать в первом триместре беременности. Во втором и третьем триместрах препарат следует назначать только в тех случаях, когда ожидаемая польза от лечения превышает возможный риск для здоровья.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ГОНОРЕИ

Схемы лечения гонорейной инфекции мочеполовой системы и прямой кишки (стандарты ВОЗ)			
	Рекомендуемая доза	Можно ли использовать во время беременности?	Резистентность к лекарственному препарату
Цефиксим	400 мг внутрь однократно	Да	Отсутствует
Цефтриаксон	125 мг в/м	Да	Отсутствует
Ципрофлоксацин ¹	500 мг внутрь однократно	Нет	Широко распространенная резистентность к хинолину в некоторых районах Южной и Юго-Восточной Азии.
Спектиномицин	2 г в/м	Да	Отсутствует
Альтернативные схемы лечения гонорейной инфекции мочеполовой системы и прямой кишки			
Цефотаксим	1 г в/м	Да	Отсутствует
Цефтизоксим	1 г в/м	Да	Отсутствует
Цефуросим	1,5 г в/м	Да	Отсутствует
Левифлоксацин ¹	250 мг внутрь однократно	Нет	Широко распространенная резистентность к хинолину в некоторых районах Южной и Юго-Восточной Азии
Моксифлоксацин	1 г в/м	Да	
Норфлоксацин ¹	400 мг внутрь однократно	Нет	
Офлоксацин ¹	400 мг внутрь однократно	Нет	
Канамицин	2 г в/м	Да	Незначительная резистентность
Триметоприм/Сульфаметоксазол	80/400 мг внутрь по 10 таблеток 1 раз в сутки (однократно) в течение 3 дней	Нет	Резистентность к препарату зарегистрирована во многих регионах мира

¹ Необходимо принимать во внимание наличие резистентности возбудителя гонорей к препаратам хинолонового ряда (ципрофлоксацин) в некоторых регионах, например в таких регионах ВОЗ, как Юго-Восточная Азия и Западный регион Тихого океана

Лечение гонорейной инфекции: на настоящий момент существует 30 схем, предусматривающих назначение одного или нескольких антимикробных препаратов (из группы, в которой насчитывается 21 лекарственный препарат) в различных комбинациях, которые продемонстрировали свою высокую эффективность при лечении инфекций прямой кишки и мочеполового тракта. Несколько лечебных схем высокоэффективны при фарингеальной инфекции. В группе препаратов, применяемых в лечении неосложненной гонококковой инфекции, следует отметить цефтриаксон (125 мг), цефиксим (400 мг), ципрофлоксацин (500 мг) и офлоксацин (400 мг), которые обеспечивают оптимальное сочетание эффективности антимикробного воздействия и безопасности для здоровья матери и плода. (Moran, Levine 1995).

ПРИЛОЖЕНИЕ №5. СПРАВОЧНАЯ ТАБЛИЦА – ИППП/ИРО

ИППП/ИРО	Возбудитель	Острые клинические проявления	Возможные осложнения	Влияние на беременность и здоровье новорожденного
Инфекции, передаваемые половым путем				
Гонорея	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	У женщин: цервицит, уретрит У мужчин: уретрит	У женщин: воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), бесплодие, внематочная беременность, хронический болевой синдром в области малого таза У мужчин: эпидидимит, простатит, стриктуры мочеиспускательного канала У женщин и мужчин: диссеминированная гонококковая инфекция, артрит, эндокардит, менингит	Беременность: самопроизвольный аборт, послеродовой эндометрит, преждевременный разрыв плодного пузыря, преждевременные роды Неонатальный период: бленорея новорожденных, фарингеальная инфекция, тонококковый артрит
Хламидийная инфекция	<i>Chlamydia trachomatis</i>	У женщин: цервицит, уретрит У мужчин: уретрит	У женщин: воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), бесплодие, внематочная беременность, хронический болевой синдром в области малого таза У мужчин: эпидидимит, простатит, стриктуры мочеиспускательного канала У женщин и мужчин: диссеминированная хламидийная инфекция, артрит, эндокардит, менингит	Беременность: преждевременные роды Неонатальный период: низкая масса тела при рождении, конъюнктивит, пневмония, отит
Трихомоназ	<i>Trichomonas vaginalis</i>	У женщин: вагинит У мужчин: уретрит	У женщин: не известны У мужчин: простатит, стриктуры мочеиспускательного канала, возможно наступление бесплодия	Беременность: преждевременный разрыв плодного пузыря, преждевременные роды, эндометрит после кесарева сечения Неонатальный период: влагалищная инфекция

ИППП/ИРО	Возбудитель	Острые клинические проявления	Возможные осложнения	Влияние на беременность и здоровье новорожденного
Сифилис	<i>Treponema pallidum</i>	У мужчин и женщин: безболезненные оральные и/или генитальные язвы; вторичный (диссеминированный) сифилис – высыпания на коже, слабость, головные боли, миалгия, потеря веса, субфебрильная температура.	У женщин и мужчин: сердечно-сосудистые и другие системные осложнения при позднем сифилисе.	Беременность: самопроизвольный аборт, послеродовой эндометрит, преждевременный разрыв плодного пузыря, преждевременные роды Неонатальный период: различные проявления врожденного сифилиса
Мягкий шанкр	<i>Haemophilus ducreyi</i>	У мужчин и женщин: генитальные язвы (часто безболезненные), болезненное воспаление паховых лимфоузлов.	У женщин: пряموкшечно-влагалищные свищи, паховый абсцесс У мужчин: паховый абсцесс	Насколько известно, отсутствует
Венерическая лимфогранулема (четвертая венерическая болезнь, тропический бубон)	<i>Chlamydia trachomatis</i>	У мужчин и женщин: небольшие безболезненные генитальные язвы, неспецифический уретрит, острый лимфаденит с образованием пахового бубона У женщин: цервицит	У мужчин и женщин: свищи, стриктуры прямой кишки, слоновость половых органов	Насколько известно, отсутствует
Венерическая гранулема Donovanоз	<i>Klebsiella granulomatis</i>	У мужчин и женщин: генитальные язвы, (возможно поражение шейки матки у женщин)	У мужчин и женщин: псевдолоновоость, стеноз мочеиспускательного канала, заднепроходного отверстия или влагалища (у женщин)	Насколько известно, отсутствует
Генитальный герпес	Herpes simplex virus (HSV)	У мужчин и женщин: множественные пузырьковые высыпания, эрозии, изъязвления, боли, зуд, дизурия.	У мужчин и женщин: асептический менингит, поперечный миелит, диссеминированные инфекции.	Беременность: диссеминированная инфекция (опасность особенно высока, если заражение происходит в третьем триместре беременности), самопроизвольный аборт, послеродовой эндометрит, преждевременные роды Неонатальный период: неонатальный герпес, энцефалит, диссеминированная инфекция, инфекционные поражения кожи, глаз и рта.

ИППП/ИРО	Возбудитель	Острые клинические проявления	Возможные осложнения	Влияние на беременность и здоровье новорожденного
Генитальный папилломатоз/поражения шейки матки	Вирус папилломы человека – Human papilloma virus (HPV)	У мужчин и женщин: генитальный и анальный папилломатоз (остроконечные кондиломы) У женщин: плоскоклеточные внутриэпителиальные поражения шейки матки	У женщин: рак шейки матки, карцинома влагалища и вульвы, анальная карцинома У мужчин: карцинома полового члена, анальная карцинома	Беременность: не известно Неонатальный период: ларингеальный папилломатоз
Гепатит «В»	Вирус гепатита «В» – Hepatitis B virus (HBV)	У мужчин и женщин: острый гепатит	У мужчин и женщин: хронический гепатит, цирроз печени, рак печени.	Беременность: не известно Неонатальный период: перинатальный гепатит «В»
ВИЧ/СПИД	Вирус иммунодефицита человека – Human immunodeficiency virus (HIV)	У мужчин и женщин: головные боли, миалгия, фарингит, повышение температуры и увеличение лимфоузлов.	У мужчин и женщин: СПИД	Беременность: возможно ускоренное прогрессирование СПИДа Неонатальный период: перинатальное заражение ВИЧ-инфекцией
Женские инфекции репродуктивных органов, не передающиеся половым путем				
Бактериальный вагиноз	<i>Gardnerella vaginalis</i> , anaerobic bacteria, genital mycoplasmas, streptococci	Вагинит	Повышенный риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) в послеродовом периоде	Беременность: хориоамнионит, послеродовой эндометрит, преждевременный разрыв плодного пузыря, преждевременные роды Неонатальный период: гипотрофия новорожденных
Кандидоз вульвы и влагалища (дрожжевая инфекция)	<i>Candida albicans</i>	Вагинит	Насколько известно, отсутствуют	Беременность: повышенная восприимчивость к кандидозной инфекции. Неонатальный период: молочница новорожденных

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Adolescent Friendly Health Services: An Agenda for Change. Geneva, WHO, 2002.
http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/ADH/WHO_FCH_CAH_02_14.pdf

Antenatal care for HIV-infected women. Geneva, WHO, in press.
Burns A, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K. *Where Women Have No Doctor.* Berkeley, Hesperian Foundation, 1997.

Cervical cancer screening programmes. Managerial guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.

Clinical guides for the management of pregnant women with HIV infection. Geneva, World Health Organization, 2001.

Clinical Management of Survivors of Rape: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations. Geneva, World Health Organization, 2001.

Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum Reproductive Health Training Module 12: Prevention and Management of Reproductive Tract Infections. Pathfinder International, 2000.
http://pathfind.org/site/PageServer?pagename=Publications_Training_Modules

Control of Sexually Transmitted Diseases: a Handbook for the Design and Management of Programs.

Dallabetta G, Laga M, Lamptey P, editors. AIDSCAP, Family Health International, 1996. (Chapters on Pregnancy and Laboratory.)

Evaluation of the 100% Condom Programme in Thailand. Geneva, UNAIDS, 2000.

Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. Geneva, World Health Organization, 2001.

Labour and delivery for HIV-infected women. Geneva, WHO, in press.

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization, 2000.

Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva, World Health Organization, 2000.

Post-pregnancy care of HIV-infected mothers and their infants. Geneva, WHO, in press.

Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, World Health Organization, in press.

Protocols for the medical management of persons who experienced sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2003.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/421.pdf

Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva, World Health Organization, 2002.

Van Dyck E, Meheus ZA, Piot P. *Laboratory diagnosis of sexually transmitted diseases.* Geneva, World Health Organization, 1999.

Voluntary counselling and testing for HIV in pregnant women. Geneva, WHO, in press.

Women's Health Exchange, Issue No10. Berkeley, Hesperian Foundation, 2002.

Издания ВОЗ:

GIYCF and Full Care Guidelines

Guidelines for the management of sexually transmitted infections; Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, World Health Organization, 2001.

The Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers. Geneva, World Health Organization, 2006.

Laboratory methods for the diagnosis of sexually transmitted diseases; Clinical management of survivors of rape: guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations.

Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Guidelines for a Public Health Approach. Geneva, WHO, 2002.

http://www.saathii.org/Training%20Manuals/Downloads/who_ARV_guidelines.pdf

Annex 7 – Page 212

World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/Front%20and%20intro%20WRVH.pdf

СЛОВАРЬ

Придатки: яичники, маточные (фаллопиевы) трубы и вспомогательные анатомические структуры.

Алгоритм: логическая последовательность действий, которые необходимо предпринять для решения поставленной задачи.

План ведения родов: план родовспоможения, разработанный с учетом пожеланий женщины, обстоятельств/условий протекания беременности, а также возможных осложнений или состояний, требующих оказания неотложной помощи.

Осложненный аборт: самопроизвольное или искусственное прерывание беременности, сопровождающееся такими осложнениями, как инфекция и/или кровотечение.

Творожистые вагинальные выделения: беловатые выделения из влагалища, имеющие творожистую консистенцию и являющиеся обычным явлением при дрожжевом микозе (кандидозе).

Ключевые клетки: клетки вагинального эпителия, покрытые слоем бактерий и являющиеся обычным явлением при вагинальной инфекции (частный признак БВ).

Расширение и выскабливание: методика выполнения искусственного аборта, предусматривающая расширение канала шейки матки и выскабливание полости матки с целью удаления плодного яйца.

Сухой секс: способ сексуального общения, предусматривающий совершение проникающего полового акта, при котором влагалище женщины должно быть сухим. Иногда партнеры, практикующие сухой секс, прибегают к применению специальных трав, способствующих повышению сухости влагалища. В процессе сухого секса существенно повышается риск заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию, ввиду возникновения микротрещин и повреждений слизистых и кожи половых органов.

Диспареуния: болезненный половой акт.

Дизурия: затрудненное или болезненное мочеиспускание.

Параллельное использование средств профилактики: использование барьерного метода в целях профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), с параллельным применением другого способа в целях предупреждения беременности.

Двойная профилактика: практика, обеспечивающая одновременное предупреждение нежелательной беременности и заражения ИППП. Метод двойной профилактики реализуется посредством регулярного использования презервативов в качестве самостоятельного средства, либо параллельного применения двух различных профилактических средств, одним из которых является презерватив.

Двойной риск: риск одновременного наступления беременности и заражения ИППП.

Внематочная беременность: беременность, при которой оплодотворенное яйцо приживается вне полости матки с последующим эктопическим формированием плаценты и плода. Наиболее распространенным местом развития внематочной беременности являются маточные (фаллопиевы) трубы.

Эпидидимит: иногда встречающееся осложнение нелеченной уретральной инфекции (гонореи, хламидиоза) у мужчин, сопровождающееся воспалением придатка яичка.

Эпителизация: процесс формирования эпителиальной ткани (заживление).

Женские репродуктивные органы



Судебно-медицинское освидетельствование: обследование, результаты которого могут быть использованы при проведении судебного расследования в качестве улик. Судебно-медицинское освидетельствование проводится экспертом, имеющим специальную подготовку в данной области.

Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию (ДКТ): включает консультирование добровольно обратившихся пациентов до проведения тестирования на ВИЧ-инфекцию, тестирование на ВИЧ, а также дачу рекомендаций пациенту после получения результатов анализа на ВИЧ-инфекцию.

Индексный пациент: термин, используемый для проведения различия между первым пациентом, которому был поставлен диагноз, и другими лицами, являющимися половыми партнерами данного пациента, у которых может быть также диагностирована инфекция.

Искусственный аборт: намеренное прерывание беременности, осуществляемое путем механического (хирургического) вмешательства или использования медикаментозных средств.

Бесплодие: неспособность к зачатию, имеющая место в течение первых 12 месяцев после начала регулярной половой жизни, при которой не использовались какие-либо средства контрацепции.

Интеграция услуг: предоставление ряда медицинских услуг – к примеру, планирование семьи и лечение ИППП – в пределах одного учреждения или во время одного визита к врачу.

Лохии – выделения, появляющиеся в послеродовом периоде, нередко с примесью крови, но без неприятного запаха.

Инфекция нижних отделов половых путей: включает вагинит и цервикальную инфекцию

Ручная вакуум-аспирация (РВА): способ удаления содержимого полости матки путем использования ручного шприца специальной конструкции.

Медицинские критерии приемлемости (МКП): критерии приемлемости использования женщиной того или иного метода контрацепции, определяемые с учетом относительных рисков и возможных преимуществ данного метода при наличии у женщины определенных характеристик или заболеваний.

Сдавливание содержимого уретры: проводится путем массирования и передвижения пальцев одной руки по всей длине полового члена вверх и вперед к мочеиспускательному отверстию с целью обнаружения выделений из уретры).

Заболееваемость: распространенность заболеваний среди данной группы населения.

Передача инфекции от матери к ребенку (ПИМР): передача ВИЧ от матери-носительницы к ребенку во время беременности, в процессе родов или в послеродовом периоде (при грудном вскармливании).

Амбулаторный пациент: пациент, получающий медицинское лечение без госпитализации.

Парентеральная терапия: метод лечения, при котором лекарственные препараты вводятся, минуя гастроинтестинальный тракт, например, внутривенно, внутримышечно или подкожно.

Патогенный микроорганизм: микроорганизм (например, бактерия), использующий «хозяина» в качестве среды обитания и источника питания и являющийся причиной развития заболевания.

Послеродовой период: охватывает первые 6 недель после рождения ребенка. Некоторые авторы считают, что женщина находится в послеродовом периоде до момента завершения грудного вскармливания.

Послеабортный период: промежуток времени, который начинается непосредственно после аборта и длится максимум 2 недели.

Врачебный уход в послеабортном периоде: вне зависимости от правового статуса аборта, квалифицированная врачебная помощь должна оказываться всем без исключения женщинам, у которых возникли послеабортные осложнения. Оказание врачебной помощи в послеабортном периоде включает неотложное лечение осложнений, предоставление рекомендаций по планированию семьи и оказание соответствующей практической помощи, а также направление в соответствующее учреждение, оказывающее комплексные услуги по охране репродуктивного здоровья человека.

Метод выбора: метод контрацепции, который данная женщина хотела бы использовать.

Преждевременный разрыв плодного пузыря: разрыв плодного пузыря считается преждевременным, если он происходит после 37 недель беременности, но до начала родовой деятельности.

Лечение вероятной инфекции (презупттивное лечение): полный курс лечения, назначаемый на основании допущения о возможности инфицирования данного пациента, а не на основании конкретных указаний на наличие инфекции.

Разрыв плодного пузыря при недоношенной беременности: разрыв плодного пузыря, произошедший до 37-й недели беременности (т.е. до наступления момента, когда беременность считается доношенной).

Коэффициент распространенности заболевания – отражает процентное количество случаев заболевания, зарегистрированных в пределах данной группы населения на конкретный момент или период времени.

Первичное бесплодие – имеет место в тех случаях, когда супружеская пара не имеет в анамнезе ни одного случая успешного зачатия ребенка.

Профилактика: предупреждение болезни или процесса, который может привести к развитию заболевания.

Профилактическое лечение: чаще всего подразумевает назначение препаратов в малых дозах (в отличие от полного курса лечения), которое может предотвратить процесс возникновения болезни.

Скрининг: обследование лиц, не имеющих симптомов заболевания, с целью выявления признаков конкретных заболеваний.

Вторичное бесплодие: имеет место тогда, когда супружеская пара, имеющая в своем анамнезе случай успешного зачатия, оказывается не в состоянии зачать следующего ребенка.

Сепсис: наличие патогенных организмов или их токсинов в крови.

Серийная моногамия: ситуация, когда человек имеет последовательную череду сексуальных отношений различной продолжительности с разными половыми партнерами. Таким образом, этот человек по существу имеет многочисленных половых партнеров, но, при этом не более, чем одного полового партнера в каждый отдельно взятый промежуток времени.

Сексуальное насилие – определяется как «любой сексуальный акт, попытка к совершению полового акта, не спровоцированные высказывания или предложения сексуального характера, либо действия, направленные на совершение полового акта с использованием принуждения, угрозы нанесения увечий или применения физической силы, совершенные/поступившие со стороны любого лица вне зависимости от степени родства между данным лицом и жертвой, а также любых других обстоятельств, включая (но не ограничиваясь таковыми) домашнюю обстановку и место работы»

Признаки: любые отклонения от нормы, которые указывают на заболевание и обнаруживаются при врачебном обследовании пациента.

Самопроизвольный аборт: прерывание беременности, которое не было вызвано искусственным путем; выкидыш.

Потерпевшие: лица, ставшие жертвой насилия.

Тампон: плотно свернутый кусок ваты или марли, закрепленный на конце палочки или зажима и используемый для нанесения или удаления чего-либо с поверхности кожи или слизистой.

Симптом: патологическое явление, испытываемое пациентом и указывающее на то или иное заболевание.

Тератогенность: способность того или иного агента вызывать развитие пороков у формирующегося плода. Многие лекарственные препараты потенциально обладают тератогенным воздействием.

Трансцервикальные процедуры: любые процедуры, выполнение которых требует введения какого-либо инструмента или аппарата в полость матки через шейный канал (например, установка ВМС, РВА, биопсия эндометрия).

Передача инфекции: передача болезнетворных микроорганизмов от одного человека к другому.

Инфекция верхнего отдела половых путей – включает инфекцию эндометрия, фаллопиевых труб, яичников и их окружающих тканей.

**Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Тел.: +45 39 17 17 17

Факс: +45 39 17 18 18

Эл. почта: postmaster@euro.who.int

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>