



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии № 2**

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Учебно-методическое пособие

**для подготовки к практическим занятиям обучающихся
по основной профессиональной образовательной программе по
направлению подготовки кадров высшей квалификации –
программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре
31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля)
14.01.01 - «Акушерство и гинекология»**

Кемерово – 2017

УДК 618.1:616-022.36(075.8)(076.5)

ББК 57.1:55.14я73

И 740

Инфекции, передаваемые половым путем: учебно-методическое пособие для подготовки к практическим занятиям обучающихся по основной профессиональной образовательной программе по направлению подготовки кадров высшей квалификации – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля) 31.08.01 «Акушерство и гинекология» / Н. В. Артымук, О. Б. Карелина, Т. Ю. Марочко, М. Н. Сурина, В. И. Черняева, Е. А. Шакирова. – Кемерово, 2017. – 74 с.

В учебно-методическом пособии рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения основных видов инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), урогенитальные синдромы и заболевания у женщин, требующих обследования на ИППП. В разделах учебного пособия приводятся тестовые задания и эталоны ответов. Для приобретения практических навыков и выработки профессиональных компетенций представлены ситуационные задачи с эталонами ответов.

Учебно-методическое пособие подготовлено с действующим Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 3 сентября 2014 г. №1200.

Учебно-методическое пособие предназначено для обучающихся в аспирантуре по направленности (профилю) 31.08.01 «Акушерство и гинекология».

Коллектив авторов:

Артымук Наталья Владимировна – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Карелина Ольга Борисовна - канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Марочко Татьяна Юрьевна – канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Сурина Мария Николаевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Черняева Валентина Ивановна - канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Шакирова Елена Александровна – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Рецензенты:

Новикова Оксана Николаевна – д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Мозес Вадим Гельевич – д-р мед. наук, профессор, декан факультета последипломной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Рекомендовано Центральным методическим советом Кемеровского государственного медицинского университета в качестве учебного издания для обучающихся по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), направленности (профиля) 31.08.01 «Акушерство и гинекология», протокол № 3 от 15 февраля 2017 года.

© ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
РАЗДЕЛ 1. Организация работы по борьбе с ИППП.....	4
РАЗДЕЛ2. Урогенитальные синдромы и заболевания у женщин, требующих обследование на ИППП.....	9
РАЗДЕЛ3. Оказание медицинской помощи пациенткам с ИППП.....	18
РАЗДЕЛ 4.Ведение пациенток с ИППП.....	29
РАЗДЕЛ 5. ВИЧ инфекция.....	52
Рекомендуемая литература.....	74

РАЗДЕЛ 1. Организация работы по борьбе с ИППП.

Эпидемиология ИППП. Организация медицинской помощи пациенткам с ИППП.

Цель: изучить эпидемиологию ИППП, основные принципы организации медицинской помощи пациенткам с ИППП.

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

Важно отметить, что заболеваемость гонококковой и хламидийной инфекцией в РФ в 2 раза ниже, чем, например, в США. Возможно, показатели заболеваемости этими инфекциями в России занижены в связи с отсутствием должного статистического учета в широкой сети коммерческих медицинских учреждений, а также с распространенностью самолечения. Кроме того, эти различия могут объясняться разницей в диагностических подходах и используемых лабораторных методах. В США, например, основную долю лабораторных исследований на эти инфекции составляют современные высокочувствительные методы, такие как амплификация нуклеиновых кислот (МАНК), в то время как в нашей стране основная доля исследований проводится с помощью микроскопического метода. К этому следует добавить и широкое распространение в развитых странах программ скрининга, направленных на активное выявление ИППП в группах риска. Хламидийной инфекции в настоящее время уделяется серьезное внимание во всем мире в связи с ее негативным влиянием на репродуктивное здоровье населения, включая бесплодие. Наиболее высокая заболеваемость хламидийной инфекцией зарегистрирована в РФ у лиц в возрасте 15—24 лет. Выявление хламидийной инфекции затрудняется преимущественно бессимптомным течением заболевания, особенно у лиц женского пола.

Существуют сложности с получением точных эпидемиологических данных о распространенности генитального герпеса и аногенитальных бородавок — наиболее распространенных ИППП. По данным международных источников, распространенность вирусов папилломы человека и простого герпеса среди молодых людей может превышать 20%.

Отмечаются гендерные и возрастные особенности заболеваемости ИППП в РФ, показывающие, что заболеваемость мужчин сифилисом и гонореей выше, чем женщин (исключение составляет возрастная группа 15—17 лет). Это можно объяснить более частой принадлежностью мужчин к группам риска или контактами с группами риска. Согласно Глобальной стратегии профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, разработанной ВОЗ, к группам риска, уязвимым по ИППП, относятся:

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

- жертвы сексуального насилия;
- лица без определенного места жительства.

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

Заболеваемость девушек сифилисом и гонореей значительно выше, чем заболеваемость женщин всех возрастов. Существует ряд факторов, повышающих риск инфицирования ИППП молодых женщин по сравнению с мужчинами, в частности физиологические особенности репродуктивной системы и социально-психологическая зависимость женщин от сексуального партнера. Однако важно отметить, что молодежь обоего пола относится к группам риска по всем инфекциям, передаваемым половым путем, включая ВИЧ-инфекцию. Во всем мире от 20 до 50% случаев ИППП встречаются у лиц моложе 25 лет. В большом эпидемиологическом исследовании было показано, что почти половина (48%) новых случаев ИППП приходится на возраст от 15 до 24 лет, хотя эта возрастная группа составляет всего лишь четверть среди тех, кто ведет половую жизнь. ИППП в десятки раз повышают риск инфицирования ВИЧ — наиболее серьезной по последствиям инфекцией, передаваемой половым путем. К апрелю 2009 г. антитела к ВИЧ выявлены у 500 тысяч человек в РФ (преимущественно это люди в возрасте 20—30 лет). Наиболее высокий уровень инфицированности ВИЧ отмечается в Санкт-Петербурге, Свердловской, Московской и Самарской областях, Москве, Иркутской, Челябинской, Оренбургской и Ленинградской областях и Ханты-Мансийском автономном округе. В этих территориях заболеваемость ВИЧ-инфекцией в несколько раз превышает средний общероссийский показатель. Если в первые годы эпидемии основным путем передачи ВИЧ было употребление инъекционных наркотиков, то в настоящее время половина вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции обусловлена половым путем передачи. Общее число ВИЧ-инфицированных мужчин в 2 раза больше, чем женщин, однако доля женщин среди новых случаев ВИЧ-инфекции постоянно увеличивается: если в 2000 г. она составляла примерно 20%, то с 2007 г. превышает 40%.

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

По данным Роспотребнадзора, в 2007 г. заболеваемость острым гепатитом В составила 5,28 на 100 тысяч (среди подростков 15—17 лет — 1,96), острым гепатитом С — 3,58 на 100 тысяч (среди подростков 15—17 лет — 2,15). Заболеваемость острыми вирусными гепатитами в РФ в два и более раза превышает показатели развитых стран. Заболеваемость острыми вирусными гепатитами В и С наиболее высокая в Московской, Ленинградской, Иркутской, Кемеровской областях и Алтайском крае, Республиках Тыва и Бурятия. Заболеваемость острыми вирусными гепатитами превышает средние

общероссийские показатели в тех территориях, где выявлена и высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией и ИППП. Использование общих игл и шприцев при введении инъекционных наркотиков приводит к инфицированию ВИЧ и вирусными гепатитами. Кроме того, потребители инъекционных наркотиков часто имеют опасное сексуальное поведение — большое число партнеров и незащищенный секс.

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

Организация медицинской помощи пациентам с ИППП

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

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

Предоставление этих услуг гарантировано гражданам РФ. Государство гарантирует оказание бесплатной медицинской помощи пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, включая специализированную медицинскую помощь, предоставляемую в кожно-венерологических диспансерах (Постановление Правительства РФ № 286 от 15.05.2007 г. «О программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2008 год»).

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

Другими специалистами, оказывающими медицинскую помощь больным ИППП, являются акушеры-гинекологи, урологи, инфекционисты, педиатры и врачи общей практики. Привлечение к борьбе с ИППП различных специалистов значительно повышает охват населения профилактической и лечебно-диагностической медицинской помощью. Законодательство РФ способствует внедрению интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи больным ИППП: «в целях оптимизации выявления ИППП дерматовенерологами осуществляется интеграция деятельности с акушерами-гинекологами, урологами, педиатрами и др.» (приказ Минздрава № 291 от 30.07.2001 г. «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»). «Все медицинские работники, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, ответственны за проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению социально значимых болезней и факторов риска; осуществление санитарно-гигиенического образования, в том числе по вопросам формирования здорового образа жизни» (приказ Минздравсоцразвития № 487 от 29.07.2005 г. «Об утверждении порядка организации первичной медико-санитарной помощи»).

В приказе Минздравсоцразвития России № 623 от 24.09.2007 г. «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению РФ» подчеркивается роль акушеров-гинекологов в борьбе с ИППП. «Врач — акушер-

гинеколог: организует и проводит профилактические мероприятия по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, в том числе передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».

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

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

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.

1. Какова эпидемиология ИППП в России?
2. Какова эпидемиология ИППП в мире и в вашем регионе?
3. Какие наиболее часто встречающиеся ИППП в мире?
4. Как осуществляется организация медицинской помощи пациентам с ИППП?
5. Какие приказы минздрава регламентируют работу акушеров-гинекологов при ИППП?

Эффективные программы борьбы с ИППП среди населения.

В настоящее время определены основные профилактические мероприятия, позволяющие снизить заболеваемость ИППП.

Первичная профилактика ИППП включает информирование населения для формирования безопасного сексуального поведения и своевременного обращения за медицинской помощью. В настоящее время подтверждена эффективность программ информирования населения для профилактики различных ИППП. Информирование проводится в виде лекций или занятий, с помощью газет, радио, телевидения и Интернета, а также с помощью плакатов, листовок и буклетов, раздаваемых в медицинских учреждениях, при проведении программ в школах и в рабочих коллективах. В настоящее время доказана эффективность комплексных программ с пропагандой безопасного полового поведения среди подростков для снижения заболеваемости ИППП и числа незапланированных беременностей. Программы для подростков должны включать информирование о возможных неблагоприятных факторах, связанных с ранним началом половой жизни, формирование навыков безопасного полового поведения и ответственного отношения к своему репродуктивному и сексуальному здоровью.

Одним из методов выявления ИППП для проведения соответствующих профилактических и лечебных мероприятий является скрининг — рутинное предложение обследоваться на ИППП при обращении за медицинской помощью. Скрининг проводится среди всего населения или определенных групп населения. Например, оправдан скрининг на ВИЧ-инфекцию и сифилис мужчин, имеющих рискованное сексуальное поведение. Существуют убедительные данные о целесообразности скрининга женщин с рискованным сексуальным поведением на сифилис, ВИЧ-инфекцию, хламидийную и гонококковую инфекции.

Другой группой, в которой проводится скрининг на ИППП, являются беременные женщины. Цель скрининга в этом случае — своевременное выявление инфекций для профилактики их перинатальной передачи. Доказана эффективность скрининга беременных женщин для профилактики перинатальной передачи ВИЧ, сифилиса и вируса

гепатита В. Важно обследовать женщину во время беременности и на другие инфекции: хламидийную, гонококковую и урогенитальный трихомониаз. Не доказана обоснованность рутинного скрининга всего населения на ИППП.

Клиническая эффективность и экономическая целесообразность проведения скрининга населения на хламидии показана только при росте ВЗОМТ среди женщин на 10%. Однако в связи с тяжестью последствий от распространения ВИЧ-инфекции может быть клинически и экономически обоснован скрининг населения на ВИЧ.

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

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

При оценке эффективности программ борьбы с ИППП важно упомянуть синдромальный подход, разработанный ВОЗ. Согласно определению ВОЗ, синдромальный подход подразумевает «эмпирическое лечение, направленное против микроорганизмов, которые являются наиболее частыми причинами появления того или иного клинического синдрома».

Для медицинских работников разработаны клинические алгоритмы диагностики и лечения семи основных синдромов, вызванных ИППП, в случае, если лабораторное обследование невозможно. Необходимыми условиями использования синдромальной диагностики и лечения ИППП являются обучение и консультирование пациентов по поводу безопасного сексуального поведения, популяризация презервативов и лечение партнера. Синдромальный подход продемонстрировал свою эффективность в лечении уретрита у мужчин, когда основными причинами дизурии предполагаются хламидийная или гонококковая инфекции. Он также достаточно эффективен при определении связи язвенных поражений половых органов у мужчин и женщин с сифилисом, шанкroidом или герпесом. Однако чувствительность и специфичность синдромального подхода, предлагающего лечение хламидийной или гонококковой инфекций как основных причин выделений из влагалища, оказались низкими.

Все развитые страны используют синдромальный подход в своих национальных документах, направленных на борьбу с ИППП, для определения тактики лабораторно-инструментального обследования и проведения дифференциальной диагностики ИППП. В таком же ракурсе синдромальный подход используется и в настоящем Руководстве. Не вызывает сомнений эффективность лечения пациентов с ИППП с помощью соответствующих антибактериальных и противовирусных препаратов для предупреждения распространения ИППП и ВИЧ-инфекции среди населения. Обследование и лечение сексуального партнера пациента с ИППП — важный компонент любых программ по борьбе с ИППП. Необходимость обследования и лечения сексуального партнера пациента с ИППП для снижения общей заболеваемости была доказана для всех заболеваний, передаваемых половым путем. Существуют различные формы привлечения партнера пациента для оказания ему необходимой медицинской помощи, из них наиболее приемлемая — с помощью самого пациента. Тактика

привлечения к обследованию сексуального партнера пациента представлена в соответствующем разделе Руководства.

Неотъемлемым компонентом всех программ, направленных на борьбу с ИППП, является популяризация использования презервативов. Кокрановская библиотека (www.cochrane.org/index_ru.htm) содержит обзор длительных исследований, посвященных оценке эффективности использования мужского латексного презерватива для профилактики ВИЧ-инфекции у дискордантных пар (один партнер инфицирован ВИЧ, а другой нет). Эффективность презерватива для профилактики ВИЧ-инфекции при типичном использовании составила 85%60. Отмечено, что, когда презерватив используется постоянно и правильно, его эффективность в профилактике ВИЧ-инфекции достигает 95%. На сегодняшний день доказано, что постоянное и правильное использование презерватива значительно снижает заболеваемость мужчин и женщин гонококковой и хламидийной инфекциями, герпесом, сифилисом, трихомониазом. Была также доказана эффективность использования презерватива для профилактики инфицирования женщин ВПЧ. Мужской и женский презервативы оказались одинаково эффективны для профилактики ИППП. Эффективность использования презерватива значительно повышается после консультирования мужчин и женщин медицинским работником.

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

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

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов?

1. Какие программы профилактики ИППП существуют в мире и в России?
2. Что такое первичная и вторичная вакцинация?
3. На что направлена программа профилактики ИППП?
4. Какие группы населения являются рискованными по возникновению ИППП?
5. Что такое скрининг на ИППП и что он в себя включает?

РАЗДЕЛ 2. Урогенитальные синдромы и заболевания у женщин, требующих обследование на ИППП.

Цель: изучить основные заболевания и синдромы, которые характеризуются выделениями из влагалища.

Заболевания и синдромы, характеризующиеся выделениями из влагалища

Жалобы на выделения из влагалища или обнаружение выделений из влагалища при обследовании требуют проведения дифференциальной диагностики.

Рассматриваются наиболее частые причины патологических выделений из влагалища — трихомонадный вагинит, бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит. Бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит не относятся к заболеваниям, передаваемым половым путем, и приводятся для облегчения дифференциальной диагностики ИППП.

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

Этиология

Бактериальный вагиноз — невоспалительный инфекционный синдром, характеризующийся исчезновением (снижением количества) продуцирующих перекись водорода лактобацилл и замещением их преимущественно факультативными и/или облигатноанаэробными микроорганизмами: *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* spp., *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Prevotellaspp.*, *Mobiluncusspp.*, *M. hominis* и др. Бактериальный вагиноз не относится к ИППП и в настоящее время не имеет нозологической самостоятельности. Распространенность бактериального вагиноза среди беременных составляет 10—30%, среди пациенток семейных врачей — 10%. При бактериальном вагинозе во время беременности может повышаться риск преждевременного излития околоплодных вод, хориоамнионита, преждевременных родов и эндометрита после кесарева сечения. Установлен связанный с наличием бактериального вагиноза риск воспалительных заболеваний органов малого таза после инвазивных гинекологических манипуляций, а также риск инфекции культи влагалища после экстирпации матки. При бактериальном вагинозе выше риск заражения ВИЧ. Для постановки диагноза бактериального вагиноза необходимо наличие трех из четырех критериев Амсела: гомогенные выделения из влагалища, часто имеющие резкий неприятный запах; рН выделений > 4,5; положительная проба с 10% КОН; обнаружение при микроскопическом исследовании «ключевых» клеток.

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

Особенности кандидозного вульвовагинита у больных с иммунодефицитом:

- Иммунодефицит может быть следствием приема глюкокортикоидов, декомпенсированного сахарного диабета и др.
- *Candida glabrata* и другие виды рода *Candida*, помимо *Candida albicans*, чаще обнаруживаются у женщин с сахарным диабетом.
- Назначают азолы интравагинально в течение 10—14 суток или борную кислоту во влагалищных капсулах, 600 мг 1 раз в сутки в течение 14 суток.
- Кандидозный вульвовагинит у ВИЧ-инфицированных может протекать тяжелее и чаще рецидивирует; в таких случаях требуется более активное и длительное лечение.

Регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

• При первичном установлении диагноза кандидозного вульвовагинита осуществляется статистическая регистрация.

• Профилактическое лечение половых партнеров не влияет на частоту рецидивов кандидозного вульвовагинита.

• Профилактическое лечение половых партнеров не показано. Лечение назначается при кандидозном баланите/баланопостите. Назначают азолы в виде крема, 2 раза в сутки в течение 7 суток, или флуконазол, 150 мг внутрь однократно.

Наблюдение

- При разрешении клинических симптомов и отсутствии рецидивов наблюдение не требуется.
 - При неэффективности лечения и рецидивах проводят определение видового состава грибов *Candida* с оценкой чувствительности к противогрибковым средствам.
- При кандидозном вагините у беременных используют только местнодействующие азолы (может потребоваться 7-дневный курс лечения).

Трихомонадный вагинит

Лечение урогенитального трихомониаза:

- Метронидазол, 2 г внутрь однократно [А-1]
- Метронидазол, 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 суток [А-1]
- Эффективность обеих схем 82—88%. При одновременном лечении полового партнера эффективность возрастает до 95%
- Метронидазол интравагинально в виде геля не эффективен

Примечания

- Во время приема метронидазола и в течение 24 ч после окончания лечения больные не должны употреблять алкоголь из-за риска антабусной реакции.
- Распространенность штаммов *Trichomonas vaginalis*, устойчивых к метронидазолу, составляет 5%. В этих случаях эффективен метронидазол в более высоких дозах.

Наблюдение, регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

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

Беременность

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

Изменения микрофлоры женских половых органов

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

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

условий во влагалище наибольшую клиническую значимость имеют *Lactobacillus acidophilus*, другие виды *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* spp. и др.

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

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

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

В настоящее время дискутируются альтернативные методы коррекции микробиоценоза. Один из них — назначение биопрепаратов, содержащих лактобактерии. Этот вид терапии широко используется в гастроэнтерологии. В рандомизированных исследованиях доказана эффективность биопрепаратов-пробиотиков для профилактики диареи, возникшей в результате использования антибактериальных средств. В одном небольшом рандомизированном испытании было показано, что прием лактобацилл внутрь увеличивает число лактобацилл и снижает число дрожжевых грибов во влагалище по сравнению с плацебо.

Однако более крупное рандомизированное испытание с участием 278 женщин продемонстрировало, что применение *Lactobacillus rhamnosus* внутрь и интравагинально для лечения и профилактики вульвовагинитов не оказывало существенного положительного эффекта.

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

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

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.

1. Какие заболевания сопровождаются обильными выделениями из влагалища?
2. Дайте определение бактериальному вагинозу?
3. Какие методы диагностики помогают в постановке диагноза бактериальный вагиноз?
4. Какова дифференциальная диагностики бактериального вагиноза и трихомонадного кольпита?
5. Какие изменения микрофлоры влагалища происходят во время беременности?
6. Возбудитель бактериального вагиноза.
7. Предрасполагающие факторы к развитию бактериального вагиноза
8. Патогенез бактериального вагиноза.
9. Классификация бактериального вагиноза.
10. Клинические особенности бактериального вагиноза.
11. Особенности клинической картины бактериального вагиноза у беременных.

12. Диагностика бактериального вагиноза.
13. Исследование «ключевых» клеток.
14. Лечение бактериального вагиноза.
15. Дифференциальная диагностика бактериального вагиноза с хламидийной инфекцией, гонореей, уреаплазмозом

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ).

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

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

Этиология

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

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

Эпидемиология

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

Клиническая картина

- Боль внизу живота может быть признаком множества заболеваний, а проявления ВЗОМТ сходны с проявлениями другой гинекологической патологии, заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и опорно-двигательного аппарата.
- Ни один анамнестический, физикальный или лабораторный признак не является одновременно и чувствительным, и специфичным для ВЗОМТ.

- Лишь у трети женщин температура поднимается выше 38°C.
- При физикальном исследовании возможны боль внизу живота, болезненность при пальпации придатков матки и при смещении шейки матки во время бимануального исследования. Однако эти симптомы встречаются и при других заболеваниях.

Физикальное обследование и получение клинического материала для исследования

- Всем женщинам с жалобами на боль внизу живота проводят пальпацию живота и гинекологическое исследование (осмотр с помощью гинекологического зеркала и бимануальное исследование).
- Проводится осмотр наружных половых органов, влагалища, шейки матки.
- Немедленно определяют хорионический гонадотропин для исключения внематочной беременности.
- При осмотре с помощью гинекологического зеркала получают клинический материал из цервикального канала шейки матки для исследования на гонорею и хламидиоз.
- При подозрении на герпес половых органов получают материал с пораженных участков для исследования на вирус простого герпеса.
- Культуральное исследование на аэробную и анаэробную микрофлору позволяет выявить более редких возбудителей ВЗОМТ, таких как стрептококки группы А.

Дополнительные методы исследования

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

Тактика ведения пациенток с острыми ВЗОМТ

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

Лечение острых ВЗОМТ

Стационарное лечение ВЗОМТ

Схема А [А-1]:

Цефокситин, 2 г в/в 4 раза в сутки, + доксицилин, 100 мг в/в или

внутри 2 раза в сутки.

Парентеральное введение можно прекратить через 24 ч после разрешения острых клинических симптомов; прием доксициклина в дозе 100 мг внутри 2 раза в сутки проводят в общей сложности 14 суток.

Большинство специалистов рекомендуют назначать доксициклин внутри даже в стационаре, поскольку в/в введение доксициклина болезненно, стоит дороже, а биодоступность препарата при приеме внутри почти такая же, как при в/в введении

Основная [А-1] Клиндамицин, 900 мг в/в 3 раза в сутки, + гентамицин*, 2 мг/кг в/м или в/в однократно, затем 1,5 мг/кг в/м или в/в 3 раза в сутки либо 1 раз в сутки в дозе 5 мг/кг/сут в/в.

Парентеральное введение можно прекратить через 24 ч после разрешения острых клинических симптомов; прием доксициклина, 100 мг внутри 2 раза в сутки, или клиндамицина, 450 мг внутри 4 раза в сутки, продолжают так, чтобы общая длительность лечения составила 14 суток.

Альтернативные схемы [А-2]

Амоксициллин/клавуланат, 1,2 г в/в 3 или 4 раза в сутки, + доксициклин, 100 мг в/в или внутри 2 раза в сутки или Офлоксацин, 400 мг в/в 2 раза в сутки, ± метронидазол**, 500 мг в/в 3 раза в сутки или Левофлоксацин, 500 мг в/в 1 раз в сутки, ± метронидазол**, 500 мг в/в 3 раза в сутки.

* Указанные дозы относятся к больным с нормальной функцией почек. При хронической почечной недостаточности дозу гентамицина уменьшают; во время лечения контролируются функция почек и уровень гентамицина в сыворотке.

** Метронидазол добавляется к лечению в тех случаях, когда предполагается анаэробная этиология ВЗОМТ (фторхинолоны могут быть неактивны в отношении анаэробов), а также для терапии бактериального вагиноза, нередко ассоциированного с ВЗОМТ.

Примечание

Фторхинолоны и тетрациклины в период беременности и лактации противопоказаны, поэтому офлоксацин, цiproфлоксацин, левофлоксацин и доксициклин беременным не назначаются.

Амбулаторное лечение ВЗОМТ

Схема А [А-2]:

- Офлоксацин, 400 мг внутри 2 раза в сутки, ± метронидазол, 500 мг внутри 2 раза в сутки, 14 дней [А-1] или
- Левофлоксацин, 500 мг внутри 1 раз в сутки, ± метронидазол, 500 мг внутри 2 раза в сутки, 14 дней [В-2]

По предварительным данным, левофлоксацин столь же эффективен, как офлоксацин, но может назначаться один раз в сутки

Схема Б [А-2]

- Цефтриаксон, 250 мг в/м однократно, + доксициклин, 100 мг внутри 2 раза в сутки 14 дней, ± метронидазол, 500 мг внутри 2 раза в сутки 14 дней или
- Цефотаксим, 500 мг в/м однократно, + доксициклин, 100 мг внутри 2 раза в сутки 14 дней или
- Амоксициллин/клавуланат, 625 мг внутри 3 раза в сутки (или 1000 мг 2 раза в сутки), + доксициклин, 100 мг внутри 2 раза в сутки, 14 дней.

Показания к госпитализации

- Тяжелое состояние, тошнота, рвота, температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Тубоовариальный абсцесс
- Неэффективность или невозможность амбулаторного лечения
- Беременность
- Наличие иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия и т. д.)

- Невозможность исключить острую хирургическую патологию, например аппендицит, внематочную беременность и т. д.

Особые ситуации

Беременность:

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

ВИЧ-инфекция

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

Профилактика

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

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов

1. Дайте определение ВЗОМТ?
2. Какие возбудители наиболее часто вызывают ВЗОМТ?
3. В чем особенности физикального и лабораторного обследования при ВЗОМТ?
4. Какие воспалительные заболевания ОМТ требуют стационарного лечения и почему?
5. В чем заключается первичная профилактика ВЗОМТ?
6. Каковы особенности ВЗОМТ у ВИЧ-инфицированных пациенток?
7. Какие препараты наиболее эффективны в лечении ВЗОМТ?

Воспалительные заболевания шейки матки.

Цель: изучить этиологию и классификацию воспалительных заболеваний шейки матки, основные подходы к диагностике и лечению

ИППП могут вызвать воспаление шейки матки — цервицит.

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

Этиология

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

Клиническая картина

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

Диагностика

Гинекологическое обследование

Для цервицита характерны:

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

Лабораторное обследование

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

Лечение

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

- Азитромицин, 1 г внутрь однократно

или

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

При высоком уровне заболеваемости гонореей в регионе и/или высоком индивидуальном риске этого заболевания рекомендуется лечение.

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

Лечение сексуальных партнеров

Лечение сексуальных партнеров женщин с цервицитом должно быть этиотропным.

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

Специальные рекомендации

ВИЧ-инфекция

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

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.

1. Что такое цервицит?
2. Какова этиология и классификация цервицита?
3. Какие возбудители наиболее часто вызывают цервицит?
4. Какие осложнения цервицита вы знаете?

5. Какие методы диагностики используют для подтверждения диагноза цервицит?
6. Дифференциальная диагностика хламидийного цервицита с другими цервицитами?

Раздел 3. Оказание медицинской помощи пациентам с ИППП. Объективное обследование. Лабораторная диагностика ИППП. Технология получения клинического материала.

Цель: изучить основные принципы объективного исследования, лабораторной диагностики ИППП, а также правильной технологии получения клинического материала.

Объективное обследование

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

Компоненты физикального обследования, одинаковые для мужчин и женщин:

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

Относящиеся к юношам и взрослым мужчинам:

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

Относящиеся к девушкам и взрослым женщинам:

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

Лабораторная диагностика ИППП

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

- микроскопическое исследование окрашенного или нативного препарата;
- иммунофлюоресцентное исследование — определение структурных антигенов с помощью меченных флюорохромом антител;
- культуральное исследование — культивирование на искусственных питательных средах;
- иммуноферментный анализ — определение антигенов возбудителя;
- иммуноферментный анализ — определение циркулирующих антител, серологическое исследование;

- молекулярно-биологические методы — группа методов, направленных на выявление нуклеиновых кислот (РНК и ДНК) микроорганизмов (гибридизация и амплификация нуклеиновых кислот).

Основными характеристиками любых лабораторных методов являются диагностическая чувствительность и диагностическая специфичность. Диагностическая чувствительность — доля (или вероятность получения) положительных результатов теста среди обследованных инфицированных лиц. Диагностическая специфичность — доля (или вероятность получения) отрицательных результатов теста среди обследованных неинфицированных лиц. В идеальных условиях диагностическая чувствительность и специфичность должны стремиться к 100%, однако в реальных условиях эти параметры значительно варьируют для разных лабораторных методов и зависят от целого ряда факторов, включающих аналитическую чувствительность и аналитическую специфичность используемых методов, свойства возбудителя, особенности патогенеза инфекции, тип исследуемого клинического материала и источник его получения, условия хранения и транспортировки образцов для исследования.

При определении плана обследования пациента на любые инфекции врачу следует иметь четкую информацию о чувствительности и специфичности тест-систем, используемых в лабораториях.

Наиболее чувствительным методом выявления инфекций является молекулярно-биологическая технология амплификации нуклеиновых кислот (МАНК): полимеразная цепная реакция (ПЦР), реакция транскрипционной амплификации (ТМА, NASBA), реакция со сдвигом цепи (SDA). С помощью этого метода определяются РНК и ДНК микроорганизмов. В Российской Федерации производятся коммерческие тест-системы на основе методов ПЦР и NASBA. В настоящее время молекулярно-биологический метод может использоваться для выявления всех ИППП, а также для выявления некоторых условно-патогенных микроорганизмов. Молекулярно-биологический метод целесообразно использовать для идентификации хламидий, вируса простого герпеса, ВПЧ, а также некоторых условно-патогенных микроорганизмов. Методика определения возбудителя с помощью бактериологического посева характеризуется наиболее высокой специфичностью. Этот метод целесообразно использовать для диагностики гонококковой инфекции и урогенитального трихомониаза.

Иммуноферментный анализ с определением циркулирующих антител эффективно используется при скрининге на сифилис, вирусный гепатит С и ВИЧ-инфекцию. Иммуноферментный анализ проводится и для определения антигенов возбудителей, например для диагностики вирусного гепатита В. В настоящее время доступны быстрые (экспресс) тесты для предварительной диагностики ВИЧ-инфекции, гонореи, хламидийной инфекции и сифилиса. Быстрые тест-системы представляют собой карты с иммобилизованными рекомбинантными антигенами и синтетическими пептидами. Показатели их специфичности значительно ниже, чем стандартных методов обследования. Главным их преимуществом является возможность получения результата через 15 минут после проведения обследования. Использование быстрых тестов на ВИЧ очень важно, например, для установления ВИЧ-статуса у женщины, поступившей необследованной в роды, для проведения экстренных мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. Чувствительность качественных быстрых тестов на ВИЧ достигает 100%, специфичность — 99%. Впоследствии результат экспресс-обследования на ВИЧ должен быть подтвержден стандартным иммуноферментным анализом. ИЗС создан видеофильм для медицинских работников «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Экспресс-тестирование на ВИЧ в родах», демонстрирующий, как проводить быстрое обследование на ВИЧ и консультирование женщин в родах перед этим обследованием. Важно отметить, что в международной практике получает все большее распространение использование экспресс-тестов на ВИЧ для скрининга групп риска.

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

Технология получения клинического материала для лабораторного исследования

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

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

Источник получения и виды клинического материала

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

Мочеиспускательный канал

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

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

Образцы мочи

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

Цервикальный канал

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

Влагалище

- Для микроскопического исследования клинический материал из влагалища получают с боковых или заднего сводов с помощью ложки Фолькмана, бактериологической петли (10) или одноразового тампона и помещают тонким слоем на предметное стекло. Для культурального исследования и ПЦР материал помещается в соответствующие пробирки с транспортной средой.
- При наличии обильных влагалищных выделений и предполагаемой трихомонадной или кандидозной инфекции клинический материал предпочтительнее получать из заднего свода влагалища, в котором концентрируются предполагаемые инфекционные агенты. В

других клинических ситуациях вагинальные образцы получают с боковых сводов, что позволяет более достоверно оценить состояние микробиоценоза влагалища в данный период.

- МАНК позволяют выявить *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis* в мазках из влагалища не менее эффективно, чем в мазках из канала шейки матки, мочеиспускательного канала или в пробах мочи.

Кожа и слизистые оболочки

Везикулы

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

Язвы

- Больного следует предупредить о возможности болезненного получения материала для исследования.

- Для выявления вируса простого герпеса материал получают со дна язвы одноразовым стерильным зондом для исследования с помощью ПЦР, иммунофлюоресцентным или культуральным методом.

- Полученный клинический материал наносят на предметное стекло для проведения микроскопии в темном поле или для иммунофлюоресцентного окрашивания. Микроскопию в темном поле проводят сразу после получения материала.

- Материал для культурального исследования берут тампоном, который помещают в специальную транспортную среду, входящую в набор для взятия проб.

- Для выявления *Treropema pallidum* следует уточнить возможности микроскопического исследования в темном поле, иммунофлюоресцентного исследования или ПЦР. Материал для исследования получают следующим образом:

- Эрозивно-язвенные элементы обрабатывают стерильным физиологическим раствором, не содержащим консервантов, осушают стерильным тампоном.

- Сухим стерильным марлевым тампоном обрабатывают поверхность эрозивно-язвенных элементов до появления крови и экссудата, добиваясь получения сравнительно прозрачного серозного экссудата. Иногда, чтобы добиться появления межклеточной жидкости, нужно надавить на дно язвы.

- Экссудат собирают капилляром, шприцем с тонкой иглой или непосредственно наносят на предметное стекло.

- Перед отправкой в лабораторию капилляр герметически закупоривают, а на шприц надевают заглушку или закрепляют поршень.

- Материал хранят при температуре 4°C и доставляют в лабораторию не позднее чем через 24 часа после получения.

- Для выявления *Naemophilus ducreyi* используют специальные питательные среды.

Материал для культурального исследования получают со дна язвы так, чтобы на тампоне отсутствовал гнойный экссудат, и помещают в пробирку для транспортировки.

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.

1. Какие компоненты физикального обследования, одинаковые для мужчин и женщин?
2. Какие методы лабораторной диагностики ИППП вам знакомы?
3. Что такое ПЦР на инфекции?
4. Какие среды можно забирать у пациента при обследовании на ИППП?
5. В чем особенности взятия мазков для ПЦР у женщин?

Изучение анамнеза для оценки риска ИППП. Консультирование. ИППП и контрацепция. Принципы ведения пациентов с ИППП.

Изучение анамнеза для оценки риска ИППП

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

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

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

Консультирование.

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

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

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

- информацию, касающуюся обнаруженного возбудителя или клинического синдрома;

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

Обсуждение безопасного полового поведения

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

Предупредите пациента о необходимости ограничить употребление алкоголя и других психотропных препаратов перед любыми половыми контактами, поскольку эти вещества подавляют сдерживающие психологические механизмы, что может сказаться на способности принимать решения и отстаивать свое мнение. Последовательная моногамия — наличие одного сексуального партнера. Она может казаться партнерам безопасной, однако даже если партнеры знают друг друга и остаются друг другу верны, такие отношения сами по себе не защищают от ИППП. Подчеркните, что невозможно оценить вероятность наличия ИППП у партнера, основываясь на том, что известна его прошлая половая жизнь, что у вас близкие отношения или что вы верны друг другу, если партнер вел половую жизнь ранее и не обследовался. Важно провести обследование на ИППП. Важно также предупредить, что у самого пациента и у его партнера все-таки возможно наличие бессимптомного ИППП. Постоянное пользование презервативами и взаимная моногамия — необходимые составляющие безопасного полового поведения.

Как было отмечено в предыдущем разделе, правильное и постоянное использование мужского и женского презерватива эффективно защищает от большинства ИППП (ВИЧ-инфекции, гепатита В, сифилиса, хламидийной и гонококковой инфекций). Презервативы также предотвращают передачу человеку, который уже заражен ВИЧ-инфекцией, других штаммов ВИЧ, включая резистентные к АРВ-терапии штаммы. Постоянное применение презервативов влечет ускоренную регрессию папилломавирусных поражений шейки матки и полового члена. Однако важно также отметить, что презерватив не обеспечивает полной защиты от инфицирования вирусом папилломы человека или вирусом простого герпеса. При правильном и регулярном использовании презерватива удается предотвратить до 95% незапланированных беременностей (таблица 9). Контрацептивный эффект обеспечивается путем создания механического барьера для сперматозоидов. Презерватив также препятствует передаче болезнетворных микроорганизмов, содержащихся в сперме, на половом члене, в уретре или во влагалище, здоровому партнеру.

При обсуждении использования мужского презерватива с пациентом важно отметить:

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

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

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

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

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

ИППП и контрацепция

Необходимость интегрированного подхода к профилактике ИППП и абортов имеет несколько причин. Во-первых, сексуальное поведение населения определяет риск не только социально опасных инфекций, передаваемых половым путем, но и риск незапланированной беременности и аборта, число которых в РФ больше, чем в любой другой развитой стране.

Поэтому важно, чтобы медицинский работник обсуждал с пациентом, обратившимся по вопросам репродуктивного здоровья, и профилактику ИППП, и профилактику абортов — т. е. методы эффективной контрацепции.

Во-вторых, важно уделять внимание контрацепции в контексте ИППП еще и потому, что некоторые ИППП могут передаваться от матери плоду во время беременности. Терапия

ИППП в ряде случаев также может неблагоприятно воздействовать на плод, что требует планирования беременности после излечения от ИППП и обеспечения женщины на период лечения эффективными методами контрацепции. Кроме того, планирование семьи является всемирно признанным методом профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

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

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

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

П — приветствие

О — о чем расспросить клиента

М — методы контрацепции

О — о выборе метода

Г — главное: объяснить, как пользоваться методом

И — информация о последующем визите

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

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

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

Поскольку существует определенный риск неудач при использовании презерватива (например, презерватив может порваться), важно дополнить этот метод другим эффективным методом профилактики незапланированной беременности. Это так называемый метод «двойной защиты» — использование презерватива и другого метода контрацепции. Методы контрацепции различаются по эффективности, удобству применения, стоимости, побочным эффектам, недостаткам и преимуществам. Большинство современных методов характеризуются низким показателем неудач, если применяются регулярно и правильно. Для каждой пары можно подобрать безопасный и эффективный метод контрацепции, который поможет защитить здоровье обоих супругов.

Гормональные контрацептивы, содержащие прогестин и эстрогены, — это искусственные аналоги естественных гормонов женщины; они являются эффективным методом контрацепции. Если у женщины выявлена ИППП, использование этого метода планирования семьи следует продолжить, сочетая его с временным воздержанием или использованием презерватива. Сочетанное применение презерватива и гормональных

методов контрацепции возможно у женщин с ИППП и после излечения ИППП. В настоящее время не выявлено очевидных ограничений к использованию гормональной контрацепции при приеме антибактериальных препаратов. Антиретровирусные (АРВ) препараты способны как уменьшать, так и увеличивать биологическую усвояемость стероидных гормонов, содержащихся в гормональных контрацептивах.

Гормональные контрацептивы не следует сочетать с нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы и ингибиторами протеазы. При бессимптомном носительстве вируса гепатита возможно использование любых гормональных методов контрацепции. Гормональная контрацепция нежелательна или противопоказана при курении, кормлении грудью, при сердечно-сосудистых заболеваниях и множественных факторах их риска, тромбозе, диабете, заболеваниях печени, а также приеме противотуберкулезных и противосудорожных лекарственных средств.

Не существует ограничений к использованию экстренной контрацепции при незащищенном половом контакте, когда есть риск незапланированной беременности. В качестве средства неотложной контрацепции допускается применение чистопрогестиновых препаратов (1,5 мг левоноргестрела в одной или двух дозах), предназначенных специально для этой цели, комбинированных оральных контрацептивов (метод Юзпе). Основной механизм действия заключается в блокировании или задержке выхода яйцеклеток из яичника (овуляции).

Все пациенты должны быть проинформированы об эффективности этого метода. Таблетки экстренной контрацепции, принятые в течение 120 часов после незащищенного полового акта, снижают риск незапланированной беременности более чем на 75%. Чем раньше приняты таблетки экстренной контрацепции, тем выше их эффективность. Не допускается использование препарата как средства регулярной и непрерывной контрацепции, так как это приводит к снижению его эффективности и учащению побочных реакций. Медицинские работники должны помочь женщине выбрать регулярный метод контрацепции и проконсультировать ее о том, как правильно его использовать.

Внутриматочные средства контрацепции (ВМС) — также высокоэффективный метод предупреждения незапланированной беременности. Этот метод экономически обоснован, т. к. является длительно действующим методом планирования семьи. Существуют два вида ВМС: медьсодержащие и содержащие гормон — левоноргестрел. Если ИППП возникает у женщины, использующей ВМС, удаление ВМС не проводится. Женщина получает лечение, продолжая использовать этот метод контрацепции одновременно с презервативом. При выявлении ИППП введение ВМС противопоказано. Не следует вводить ВМС, если у женщины имеются прогрессирование ВИЧ-инфекции, проявления синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Если прогрессирование ВИЧ-инфекции происходит при использовании этого метода контрацепции, ВМС не удаляется при возможности назначения адекватной антиретровирусной терапии. Не следует использовать ВМС с левоноргестрелом у женщин с активным вирусным гепатитом. Этот вид ВМС имеет те же ограничения, что и другие гормональные методы контрацепции.

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

Методы контрацепции, основанные на циклическом характере женской фертильности, помогают определить начало и окончание фертильного периода менструального цикла. При этом пара избегает незащищенных вагинальных половых контактов в фертильные дни, когда возможно наступление беременности, обычно путем полового воздержания. Существует несколько способов определения фертильного

периода. Календарные методы предусматривают непрерывный учет дней менструального цикла для определения начала и окончания фертильного периода. Симптоматические методы основаны на отслеживании признаков готовности женского организма к зачатию — характеру цервикальной слизи и базальной температуры тела. При использовании методов, основанных на циклическом характере женской фертильности, частота наступления незапланированной беременности варьирует от 3 до 27 случаев на 100 женщин в год в зависимости от метода и правильности его использования.

Для профилактики ИППП любой метод контрацепции должен сопровождаться использованием презерватива.

Принципы ведения пациентов с ИППП и обследования половых партнеров

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

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

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

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

Если пациент не хочет уведомлять своих половых партнеров о необходимости обследования на ИППП, нужно выяснить, что этому мешает.

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

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

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.

1. Что включает в себя понятие консультирование при ИППП?
2. Какие методы контрацепции и одновременно защиты от ИППП вы знаете?
3. Каковы принципы ведения пациенток с ИППП и обследования их партнеров?
4. Какие долгосрочные методы контрацепции вам известны?

5. Что такое мужская и женская стерилизация?
6. Каковы преимущества КОК для женщины?
7. Какие недостатки КОК существуют?

Раздел 4. Ведение пациенток с ИППП

Клиника, диагностика, тактика ведения женщин при сифилисе, гонококковой инфекции

Цель: изучить клинику, основные диагностические методы и тактику ведения женщин с сифилисом и гонококковой инфекцией.

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

Этиология

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

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

Эпидемиология

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

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

Классификация

Классификация сифилиса согласно МКБ-10:

A50 Врожденный сифилис

A50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами

A50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый

A50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный

A50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз

A50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)

A50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами

A50.6 Поздний врожденный сифилис скрытый

A50.7 Поздний врожденный сифилис неуточненный

A50.9 Врожденный сифилис неуточненный

A51 Ранний сифилис

A51.0 Первичный сифилис половых органов

- A51.1 Первичный сифилис анальной области
- A51.2 Первичный сифилис других локализаций
- A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек
- A51.4 Другие формы вторичного сифилиса
- A51.5 Ранний сифилис скрытый
- A51.9 Ранний сифилис неуточненный
- A52 Поздний сифилис⁴¹
- A52.0 Сифилис сердечно-сосудистой системы
- A52.1 Нейросифилис с симптомами
- A52.2 Асимптомный нейросифилис
- A52.3 Нейросифилис неуточненный
- A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса
- A52.8 Поздний сифилис скрытый
- A52.9 Поздний сифилис неуточненный
- A53 Другие и неуточненные формы сифилиса
- A53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний
- A53.9 Сифилис неуточненный

Пути передачи

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

Клиническая картина

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

Клинические проявления сифилиса

Первичный сифилис:

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

Вторичный сифилис

В результате гематогенной диссеминации инфекции возникает специфическая сыпь — пятнистые, папулезные, пустулезные и везикулезные сифилиды на коже и/или слизистых оболочках (диффузные и локальные розеолезные и папулезные сифилиды); лейкодерма (пятнистая, сетчатая, мраморная); алопеция (мелкоочаговая, диффузная, смешанная); в

начале вторичного периода возможны остаточные явления первичного сифилиса; на фоне вторичных кожных проявлений могут развиваться ранние висцеральные поражения — кардиоваскулярный сифилис, гепатит, гастрит и др., поражения опорно-двигательного аппарата (ночные боли в длинных трубчатых костях конечностей, синовиты, остеоартриты). Сроки появления 9—10 недель после заражения

Третичный сифилис

Наружные проявления

Высыпания на коже и/или слизистых оболочках (бугорковый и гуммозный сифилиды, третичная розеола Фурнье). Сроки появления > 3 лет после заражения

Сифилис внутренних органов (висцеральный)

Кардиоваскулярный сифилис: сифилитический аортит, сифилитическая недостаточность аортальных клапанов, сифилитическая аневризма аорты, сифилитический миокардит, гуммозные эндо- и перикардит, реже — поздние гепатиты (ограниченный хронический эпителиальный, хронический интерстициальный гуммозный, милиарный гуммозный гепатит и др.). Сроки появления > 3 лет после заражения.

Нейросифилис

Асимптомный характеризуется отсутствием клинических проявлений. Диагноз основывается на данных ликворологического обследования. С симптомами: любые неврологические или психические нарушения. Чаще всего из ранних форм нейросифилиса встречается менинговаскулярный сифилис — сифилитические менингит, увеит (хориоретинит, ирит), васкулярный нейросифилис (инсульт), менингомиелит. К поздним формам нейросифилиса относят прогрессивный паралич, спинную сухотку, табопаралич, атрофию зрительных нервов и гуммозный нейросифилис с преобладанием симптомов поражения паренхимы мозга. Сроки появления с первых месяцев заболевания до многих лет.

Поражение опорно-двигательного аппарата Табетическая артропатия и гуммозные поражения костей и суставов появление > 3 лет после заражения.

Скрытый сифилис

Отсутствие клинических проявлений сифилиса. Диагноз основывается на данных серологического обследования. Ранний: < 2 лет после заражения. Поздний: > 2 лет после заражения.

Врожденный сифилис, протекающий как с клиническими проявлениями (манифестный), так и без них (скрытый).

Ранний: Сифилитическая пузырчатка, диффузная инфильтрация кожи Гохзингера, специфический ринит и остеохондрит длинных трубчатых костей Вегенера (I, II и III стадии; выявляется при рентгенологическом исследовании). Папулезная сыпь на конечностях, ягодицах, лице, иногда по всему телу; в местах мацерации — эрозивные папулы и широкие кондиломы; розеолезная сыпь (встречается редко); рауцедо; алопеция; поражения костей в виде периостита, остеопороза и остеосклероза, костных гумм; гепатит, гломерулонефрит, миокардит, эндо- и перикардит, специфический менингит, гидроцефалия и т. д.

Симптомы, общие для различных внутриутробных инфекций, — «старческий вид» с морщинистой, дряблой, грязно-желтого цвета кожей; гипотрофия вплоть до кахексии; гипохромная анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, тромбоцитопения; гепатоспленомегалия; хориоретинит (IV типа); онихии и паронихии. Сроки появления в первые 2 года жизни.

Поздний

Достоверные симптомы — триада Гетчинсона: паренхиматозный кератит, лабиринтная глухота, Гетчинсоновы зубы. Вероятные симптомы — саблевидные голени, хориоретиниты, деформации носа, лучистые рубцы вокруг рта, ягодицеобразный череп, деформации зубов, сифилитические гониты, гемипарезы и гемиплегии, слабоумие, церебральный детский паралич, джексоновская эпилепсия. Бугорковые и гуммозные

сифилиды кожи и слизистых. Периостит, гуммозный остеомиелит, остеосклероз. Поражение печени и селезенки, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Дистрофии — утолщение грудинного конца правой ключицы, дистрофии костей черепа в виде олимпийского лба, высокое «готическое» или «стрельчатое» небо, отсутствие мечевидного отростка грудины, инфантильный мизинец, широко расставленные верхние резцы, бугорок на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти.

Лабораторные исследования

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

Серологические тесты на сифилис

Нетрепонемные тесты (НТТ)

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

Трепонемные тесты (ТТ)

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

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

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

Скрининг

С целью обследования населения на сифилис проводятся РМП и ее аналоги (RPR, VDRL, TRUST), ИФА и/или РПГА. Обследование больных в стационарах, беременных (в том

числе направляемых на искусственное прерывание беременности), доноров проводят с одновременным использованием двух методов: РМП (RPR) + ИФА или РМП (RPR) + РПГА. Полученный положительный результат подтверждается ИФА, РПГА, при необходимости — РИФ.

Ложноположительные и ложноотрицательные реакции

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

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

Гонококковая инфекция

Определение

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

Этиология

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

Эпидемиология

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

Классификация

Классификация гонококковой инфекции в соответствии с МКБ-10:

A54 Гонококковая инфекция

A54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных или придаточных желез (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит)

A54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных или придаточных желез

A54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (ВЗОМТ у женщин, эпидидимит, орхит, простатит)

A54.3 Гонококковая инфекция глаз (конъюнктивит, иридоциклит, гонококковая офтальмия новорожденных)

A54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы (артрит, бурсит, остеомиелит, синовит, теносиновит)

A54.5 Гонококковый фарингит

A54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области

A54.8 Другие гонококковые инфекции (абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, перитонит, пневмония, сепсис, поражение кожи)

Пути передачи

- Половой — любые виды сексуальных контактов (вагинальные, оральные, анальные).
- Вертикальный — заражение ребенка при прохождении родовых путей больной гонореей матери.

- Крайне редко инфицирование детей происходит при несоблюдении правил личной гигиены от больных, осуществляющих уход за детьми.
- В результате перенесенной инфекции специфический иммунитет не развивается, поэтому возможно неоднократное повторное инфицирование.

Клиническая картина

Инкубационный период составляет от 1 суток до 1 месяца (в среднем 2—7 суток).

Лабораторные исследования

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

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

У женщин все результаты микроскопического исследования на гонококковую инфекцию должны подтверждаться с помощью бактериологического исследования или МАНК. С помощью МАНК можно исследовать клинический материал из шейки матки и мочеиспускательного канала, пробы первой порции мочи и клинический материал из влагалища. Пробы мочи и материал из влагалища можно использовать, если у женщины была проведена экстирпация матки, в постменопаузе; мочу используют также в тех случаях, когда пациентка отказывается от гинекологического обследования. У мужчин для исследования с помощью МАНК предпочтительнее исследовать пробу первой порции мочи. МАНК можно использовать и для оценки эффективности лечения. В этом случае исследование проводят через 3—4 недели после окончания лечения.

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

Серологические методы исследования для диагностики гонококковой инфекции не применяются.

Получение материала для исследования

- У юношей и взрослых мужчин получают клинический материал из мочеиспускательного канала.
- У мужчин, имеющих секс с мужчинами, клинический материал получают из мочеиспускательного канала и прямой кишки.
- У девушек и взрослых женщин получают клинический материал из уретры, шейки матки, влагалища и/или прямой кишки.
- У девочек получают клинический материал из влагалища через гименальное отверстие.
- При оральных половых контактах получают образцы с задней стенки глотки и крипт миндалин.

- Если бактериологическое исследование провести невозможно, пациентка отказывается от гинекологического исследования (или от взятия мазка из мочеиспускательного канала) либо хранение и транспортировка образца могут снизить жизнеспособность гонококков, используют мочу (первые 10—20 мл) для исследования методом МАНК.

Лечение

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

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов

1. Классификация ИППП?
2. Эпидемиология гонореи?
3. Сущность двухстаканной пробы?
4. Пути заражения гонореей у детей?
5. Особенности ИППП у женщин?
6. Определение и эпидемиология сифилиса?
7. Периоды сифилиса?
8. Проявление первичного периода?
9. Проявление вторичного периода?
10. Характеристика третичного периода сифилиса?

Клиника, диагностика, тактика ведения женщин при урогенитальной хламидийной инфекции, урогенитальном трихомониазе

Урогенитальная хламидийная инфекция

Определение

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

Этиология

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

Эпидемиология

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

Классификация

Классификация урогенитальной хламидийной инфекции в соответствии с МКБ-10:

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

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

A56.2 Хламидийная инфекция аноректальной области

A56.4 Хламидийный фарингит

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

A74.0 Хламидийный конъюнктивит

Пути передачи

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

Клиническая картина

Женщины: Симптомы отсутствуют в 75% наблюдений

- Выделения из влагалища
 - Дизурия
 - Боль внизу живота
 - Кровотечения из половых путей
 - Диспареуния
 - Конъюнктивит
 - Проктит (обычно без симптомов)
- Мужчины:** Симптомы отсутствуют в 25—30% наблюдений

- Выделения из мочеиспускательного канала
- Дизурия
- Боль в области мошонки
- Конъюнктивит
- Проктит (обычно без симптомов)

Новорожденные и грудные дети:

Конъюнктивит у новорожденных

- Пневмония у грудных детей младше 6 месяцев

Лабораторные исследования

• Результаты лабораторного обследования в значительной степени зависят от методов исследования, условий получения и транспортировки материала, опыта врачей-лаборантов. Информацию о доступных методах исследования и об их характеристиках следует уточнить в местной лаборатории.

• Методы МАНК (ПЦР, реакция транскрипционной амплификации) более чувствительны и специфичны, чем культуральное исследование, ИФА и метод прямой иммуофлюоресценции. Если не требуется судебно-медицинская экспертиза, по возможности используют методы МАНК (материал — моча, образцы из мочеиспускательного канала, влагалища и шейки матки).

• Исследование мочи с помощью МАНК — идеальный инструмент выявления *Chlamydia trachomatis* при обследовании пациентов, не имеющих жалоб, а также в отсутствие показаний к гинекологическому обследованию, т. к. не требуется инвазивных вмешательств.

• Некоторые тест-системы, основанные на МАНК, позволяют диагностировать одновременно хламидийную и гонококковую инфекции.

• В судебно-медицинских целях предпочтительнее использовать культуральное исследование. Если все же применяется МАНК, положительный результат следует подтвердить с использованием альтернативного МАНК.

• У детей младше 3 месяцев для диагностики пневмонии возможно определение антител класса IgM к *Chlamydia trachomatis*.

• В диагностике хламидийной инфекции органов мочеполовой системы проведение серологических исследований нецелесообразно ввиду их низкой информативности.

Получение клинического материала для исследования

• У взрослых женщин и девочек-подростков, имевших сексуальные контакты, получают образцы из шейки матки и/или влагалища для исследования с помощью МАНК.

• У мужчин получают образцы из мочеиспускательного канала для исследования с помощью МАНК. Больному рекомендуют не мочиться в течение 2—3 часов перед получением образца, но невыполнение этого условия не исключает проведения теста.

• Исследовать мочу с помощью МАНК можно у больных любого пола и возраста.

- Мочу получают в любое время суток.
- Используют первые 10—20 мл мочи (не среднюю порцию).
- При лапароскопическом исследовании проводят биопсию эндометрия или слизистой маточной трубы для исследования с помощью МАНК.
- Образцы с конъюнктивы исследуют с помощью культурального метода, МАНК или прямой иммунофлюоресценции.
- У девочек препубертатного возраста получают первую порцию мочи для исследования с помощью МАНК или образцы из влагалища для культурального исследования.
- У детей младше 6 месяцев проводят аспирацию содержимого носоглотки для культурального исследования на *Chlamydia trachomatis*.
- Эффективность МАНК для исследования образцов из ротоглотки и прямой кишки в настоящее время недостаточно изучена.

Лечение

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

Лечение хламидийной инфекции в период беременности и лактации

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

Урогенитальный трихомониаз

Определение

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

Этиология

Trichomonas vaginalis.

Эпидемиология

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

Классификация

Классификация урогенитального трихомониаза в соответствии с МКБ-10:

A59.0 Урогенитальный трихомониаз

A59.8 Трихомониаз других локализаций

A59.9 Трихомониаз неуточненный

В РФ рубрика A59.9 МКБ-10 «Неуточненный трихомониаз» не применяется, так как верификация заболевания базируется на результатах лабораторных методов исследования

с обнаружением *Trichomonas vaginalis* с типичными морфологическими и тинкториальными свойствами.

Пути передачи

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

Характеристика клинических симптомов урогенитального трихомониаза у женщин:
Вагинальные выделения серо-желтого цвета с неприятным запахом

- Зуд/жжение в области наружных половых органов
- Отечность и диффузная гиперемия слизистой оболочки вульвы, влагалища, влагалищной части шейки матки
- Дискомфорт во время полового акта (диспареуния)
- Дизурия
- Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер
- Боли в нижней части живота

Клинические симптомы у мужчин:

- Дизурия
- Гиперемия/отечность в области наружного отверстия уретры
- Скудные выделения серовато-белого цвета из уретры
- Зуд/жжение в области уретры
- Боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
- Гематоспермия (редко)
- Эрозивно-язвенные поражения кожи головки полового члена

Лабораторные исследования при урогенитальном трихомониазе

1. Микроскопическое исследование нативного препарата
2. Микроскопическое исследование препарата, окрашенного по Граму
3. Культуральное исследование
4. МАНК

Лечение урогенитального трихомониаза

Лечение урогенитального трихомониаза без осложнений

- Метронидазол, 2,0 г внутрь однократно или по 500 мг 2 раза в сутки 7 дней [А-1]
- Тинидазол, 2,0 г внутрь однократно [А-1]

Лечение осложненного или рецидивирующего урогенитального трихомониаза:

Метронидазол, 2,0 г внутрь 1 раз в сутки 3—5 дней или по 500 мг 3 раза в сутки 7 дней [А-1]

- Тинидазол, 2,0 г внутрь 1 раз в сутки 3—5 дней [А-1]

Лечение урогенитального трихомониаза в период беременности

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

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

Последующее наблюдение

Повторное клинико-микробиологическое обследование больных урогенитальным трихомониазом проводится через 10—14 дней после окончания лечения (при использовании МАНК — не ранее 3—4 недель после лечения). Половые партнеры, включая тех, у которых отсутствуют клинические проявления, также подлежат обследованию и лечению, что повышает уровень излечения больных. Рецидивы трихомониаза в подавляющем числе случаев являются следствием повторного

инфицирования от бессимптомных партнеров, своевременно не выявленных и не получивших надлежащего обследования и лечения, нарушения режима приема или выраженных побочных явлений — тошноты и рвоты.

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

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

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов

1. Почему в последнее время значительно повысился интерес к хламидийным инфекциям?
2. Что такое элементарное тельце, ретикулярное тельце, промежуточное тельце? Какой эпителий поражают хламидии?
3. Как выделяют хламидии?
4. Какие серологические реакции применяют для диагностики хламидиозов?
5. Механизм действия антибиотиков на хламидии.
6. Что такое микоплазмоз?
7. С какими заболеваниями сходна клиника трихомониаза?
8. Какие питательные среды применяют для культивирования трихомонад?

Клиника, диагностика, тактика ведения женщин при аногенитальной герпетической инфекции, аногенитальной папилломавирусной инфекции, гепатитах В и С.

Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция

Определение

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

Этиология

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

Эпидемиология

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

Классификация

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

A60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (*Herpes simplex*)

A60.0 Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта

A60.1 Герпетическая инфекция перианальных кожных покровов и прямой кишки

Пути передачи

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

Клиническая картина

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

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

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

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

При вторичной инфекции (рецидиве) отмечается меньшая выраженность симптомов, чем при первичной инфекции, что обусловлено наличием гуморального иммунитета.

Герпес половых органов, вызванный ВПГ-2, рецидивирует в среднем чаще, чем вызванный ВПГ-1. Частота рецидивов подвержена значительным индивидуальным колебаниям.

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

Клиническая картина рецидива:

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

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

Лабораторные исследования

• Для исследования СМЖ, содержимого везикул и язв применяются МАНК. Чувствительность и специфичность МАНК составляют около 100%, результат готов очень быстро.

• При первичной инфекции вначале появляются IgM, а впоследствии — IgG. Титр IgM обычно снижается через несколько месяцев, поэтому их наличие косвенно свидетельствует о недавнем заражении. Первичную инфекцию диагностируют в отсутствие антител к вирусу простого герпеса в разгар болезни и при появлении их в период выздоровления (сероконверсия). Большинство больных становятся серопозитивными в течение 3—6 недель. Через 12 недель от начала заболевания сероконверсия отмечается в 70% случаев.

• Внедрение в практику методов определения типоспецифических антител позволит диагностировать первичную инфекцию и определять тип вируса простого герпеса, вызвавшего заболевание. Эта информация будет полезна при консультировании больных герпесом половых органов и их половых партнеров. Иммуноблоттинг — лучший метод выявления типоспецифических антител. Доступны также готовые наборы для экспресс-

диагностики с помощью ИФА, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью. Результаты ИФА не нужно подтверждать с помощью иммуоблоттинга.

Тактика ведения больных с аногенитальной герпетической вирусной инфекцией

Консультирование

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

Наиболее распространенные опасения:

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

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

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

Лечение

Первичный эпизод

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

Лечение первичного и рецидивирующего аногенитального герпеса

В тяжелых случаях назначают ацикловир, 5 мг/кг в/в каждые 8 ч [А-1]

- Ацикловир, 200 мг 5 раз в сутки внутрь 5—10 дней [А-1], или
- Фамцикловир, 250 мг 3 раза в сутки внутрь 5 дней [А-1], или
- Валацикловир, 1000 мг 2 раза в сутки внутрь 10 дней [А-1], или
- Ацикловир, 400 мг 3 раза в сутки внутрь 7—10 дней [А-3]

Лечение рецидивирующего аногенитального герпеса

- Валацикловир, 500 мг 2 раза в сутки или 1 г 4 раза в сутки внутрь 3 дня [В-1], или
- Фамцикловир, 125 мг 2 раза в сутки внутрь 5 дней [В-1], или
- Ацикловир, 200 мг 5 раз в сутки внутрь 5 дней [С-1]

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

Наблюдение

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

Профилактика

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

Аногенитальные бородавки (аногенитальная папилломавирусная инфекция)

Определение

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

Этиология

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

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

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

Эпидемиология

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

Классификация

Классификация аногенитальной папилломавирусной инфекции в соответствии с МКБ-10:

A63.0 Аногенитальные (венерические) бородавки

К ВПЧ-ассоциированным заболеваниям можно отнести также дисплазию шейки матки:

N87.0 Слабовыраженная дисплазия шейки матки

N87.1 Умеренная дисплазия шейки матки

N87.2 Резко выраженная дисплазия шейки матки, не классифицируемая

N87.9 Дисплазия шейки матки неуточненная

Пути передачи

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

Клиническая картина

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

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

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

Лабораторные исследования

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

Цитологическое исследование материала с шейки матки

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

Типирование вируса папилломы человека

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

Кольпоскопическое исследование

Кольпоскопия показана в следующих случаях.

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

- неоднократное обнаружение неклассифицируемых атипичных клеток плоского эпителия (особенно если выявлена ДНК вируса папилломы человека);
- неклассифицируемые атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить изменения высокой степени злокачественности;
- изменения плоского эпителия низкой степени злокачественности;
- изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности;
- неклассифицируемые атипичные клетки железистого эпителия;
- инвазивный рак.

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

Проба с уксусной кислотой

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

Аноскопия

- Применяется при остроконечных кондиломах анального канала.

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

Уретроскопия

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

Особого внимания требуют:

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

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

Тактика ведения

- Ни одна схема лечения не гарантирует полной элиминации вируса.
- У подростков и молодых людей инфекция, вызванная вирусом папилломы человека, в большинстве случаев разрешается самостоятельно за счет клеточного иммунитета.
- Для генитальных кондилом характерно упорное рецидивирующее течение, но у 90% больных они полностью проходят без лечения в течение 2 лет, особенно в молодом возрасте. Однако исчезновение кондилом не означает полной элиминации вируса папилломы человека.
- ВПЧ-поражения шейки матки разрешаются в 90—95% случаев. Успешное лечение не всегда сопровождается элиминацией вируса папилломы человека. Для диагностики остаточных изменений эпителия высокой степени злокачественности и рецидивов заболевания проводят ВПЧ-тест (выявление ДНК и типирование вируса) и Пап-тест.

Лечение аногенитальных бородавок у мужчин и женщин

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

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

- Лечение должен проводить только опытный специалист, что позволит снизить риск осложнений. Применение углекислотного лазера, трихлоруксусной кислоты, электрокоагуляции, хирургическое лечение и фульгурация могут потребовать местной или общей анестезии.
- Не рекомендуется использовать: динитрохлорбензол, цидофовир, третиноин, иммунотерапию с помощью вакцин, приготовленных из микрофлоры больного, системное введение интерферонов, фторурацил (5% крем).
- У ВИЧ-инфицированных часто встречаются распространенные кондиломы наружных половых органов и перианальной области.

Локальное применение интерферонов и других иммуномодуляторов в виде инъекций сопряжено с болями и неприятными ощущениями, высокой стоимостью, частыми посещениями врача, возможными побочными эффектами, неудобством для пациента. Поэтому эти методы не рекомендуются в качестве основных схем лечения, но могут быть

использованы как альтернативная терапия, в случаях, устойчивых к стандартному лечению, в комплексе с другими методами.

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

Доклиническая стадия

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

Регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

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

Наблюдение

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

Профилактика

Первичная профилактика ВПЧ-инфекции

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

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

- Течение заболевания, различия между типами вируса папилломы человека, возможные симптомы.
- Вероятность рецидивов.
- Вероятность передачи вируса половым путем.

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

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

Вакцинация против ВПЧ

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

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

В настоящее время лицензированы две рекомбинантные вакцины. Эти вакцины не содержат генетический материал ВПЧ, в качестве антигена используется протеин, аналогичный L1-протеину ВПЧ. Разрешено использование вакцин у девочек, мальчиков и женщин.

Эти вакцины внесены в Национальные календари прививок многих стран, в частности США, Австралии и некоторых стран Евросоюза, для всеобщей профилактической вакцинации девочек 10—11 лет. В нашей стране зарегистрированы обе вакцины. Квадривалентная вакцина Гардасил направлена против четырех типов ВПЧ (16, 18, 6, 11). В РФ эта вакцина рекомендуется к использованию у девочек и мальчиков до начала половой жизни, начиная с возраста 9 лет, и у женщин до 26 лет.

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

Вакцины эффективны в профилактике тяжелых форм предрака и рака шейки матки, вульвы и вагины, а также экзофитных кондилом (генитальных бородавок). Однако вакцинация не может пока полностью заменить цитологический скрининг.

Вторичная профилактика ВПЧ-инфекции

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

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

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

- женщинам объясняют значение регулярного гинекологического обследования (в том числе исследования на вирус папилломы человека) в снижении риска рака шейки матки;
- течение заболевания, зависимость между типом вируса папилломы человека и симптомами (низкоонкогенные типы вируса вызывают остроконечные кондиломы, высокоонкогенные — рак шейки матки);
- риск рецидивов;

- уменьшение влияния факторов риска на развитие и прогрессирование дисплазии шейки матки;
- важность самообследования и необходимость обращения к врачу при появлении клинических симптомов ВПЧ-инфекции;
- подтверждение широкой распространенности вируса и невозможности точно установить время и источник заражения;
- возможность самопроизвольного исчезновения ВПЧ и низкую вероятность развития рака шейки матки;
- объясняют, что только длительное инфицирование высокоонкогенными типами вируса папилломы человека (персистенция ВПЧ) может приводить к развитию предраковых заболеваний и злокачественных опухолей.

Особые ситуации

ВИЧ-инфицированные

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

Дети и беременные

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

Вирусные гепатиты В и С

Определение

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

Этиопатогенез

- Вирус гепатита В — представитель семейства гепаднавирусов. В состав нуклеокапсидного белка — НВсАg входит НВеАg. Внешняя оболочка образована поверхностным антигеном вируса — НВsАg, это так называемый австралийский антиген. Вирус гепатита В устойчив к воздействию окружающей среды. Была доказана жизнеспособность этого вируса в сухой крови при комнатной температуре в течение 1 недели.

- Вирусный гепатит С вызывается РНК-содержащим вирусом, который относят к семейству флавивирусов. Вирус гепатита С имеет сходство с гепаднавирусами и ретровирусами.

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

Классификация

Классификация по МКБ-10:

V16 Острый гепатит В

V16.0 Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) и печеночной комой

V16.1 Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) без печеночной комы

V16.2 Острый гепатит В без дельта-агента с печеночной комой

V16.9 Острый гепатит В без дельта-агента и без печеночной комы

V17.1 Острый гепатит С

V18 Хронические вирусные гепатиты

V18.0 Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом

V18.1 Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента

V18.2 Хронический вирусный гепатит С

V18.8 Другой хронический вирусный гепатит

V18.9 Хронический вирусный гепатит неуточненный

V19.0 Неуточненный вирусный гепатит с комой

V19.9 Неуточненный вирусный гепатит без печеночной комы

Эпидемиология

Заболеваемость острым гепатитом В в РФ примерно в три раза больше, чем в США, и почти в пять раз выше, чем в Западной Европе. Заболеваемость острым гепатитом С в РФ в три раза больше, чем в США. Интересно, что в странах Евросоюза заболеваемость острым гепатитом С чрезвычайно различается. В странах «старой Европы» она составляет около 10 на 100 тысяч (Австрия — 10,9; Бельгия — 8,9; Германия — 9,5), а у недавних членов Евросоюза показатели заболеваемости гепатитом С значительно ниже (Венгрия — 0,2; Словакия и Словения — 0,5). В среднем заболеваемость составляет 8,6 на 100 тысяч. Гепатит С — это, по-видимому, единственная инфекция, заболеваемость которой в Европе выше, чем в РФ. Возможно, это объясняется включением в статистику случаев носительства вируса гепатита С. Заболеваемость острыми гепатитами (как В, так и С) мужчин выше, чем женщин; основная возрастная группа — 25—39 лет.

Пути передачи

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

- Половой. Риск инфицирования вирусом гепатита В половым путем довольно высок. Половым путем может передаваться также вирус гепатита С, хотя и значительно реже. Более низкая активность механизмов передачи вируса гепатита С компенсируется длительной вирусемией инфицированных, недостаточной манифестацией заболевания и более частой хронизацией патологического процесса, что ведет к увеличению численности так называемых «вирусоносителей».
- Перинатальный. Инфицирование плода вирусами гепатита В и С от матери происходит в последнем триместре беременности. Вертикальная трансмиссия происходит через

плаценту, во время родов при контакте с материнской кровью и/или с влагалищными выделениями. Методы профилактики вертикальной передачи вируса гепатита В включают вакцинацию и введение иммуноглобулина. При сочетании вируса гепатита С и ВИЧ эффективным методом профилактики является проведение кесарева сечения, особенно в сочетании с антиретровирусными препаратами.

- Парентеральный путь заражения (через поврежденную кожу).

Группы риска инфицирования вирусами гепатитов В и С:

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

Элиминация вирусов гепатита

- У 90% взрослых в течение шести месяцев после инфицирования в результате иммунного ответа вирус гепатита В элиминируется из организма, при этом формируется пожизненный иммунитет. У остальных 10% иммунный ответ не приводит к исчезновению вируса гепатита В, вирус персистирует в организме более шести месяцев, обычно приводя к хроническому течению гепатита В.

- После инфицирования вирусом гепатита С элиминация вируса отмечается в среднем у 26% взрослых. Отмечено, что у женщин вирус гепатита С исчезает чаще, чем у мужчин (40% по сравнению с 22%). Было также отмечено, что у пациентов с клиническими симптомами острого гепатита С вирус исчезал чаще, чем у пациентов, у которых эта инфекция была выявлена случайно (31% по сравнению с 18%).

Клиническая картина

Инкубационный период

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

Симптомы

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

Течение

- Острый период гепатита В длится обычно 2—4 месяца. Он может завершиться полным выздоровлением, в том числе выздоровлением с постгепатитными синдромами, или принять хроническое течение. Крайне тяжелые (фульминантные) формы с острой печеночной недостаточностью главным образом характерны для микст-инфекции (гепатиты В и D), нередко заканчиваются летальным исходом. Риск хронизации гепатита В определяется в значительной степени возрастом инфицирования вирусом гепатита В. Наиболее высок риск хронизации заболевания у детей: хронизация гепатита происходит у 90% новорожденных в результате внутриутробного заражения и инфицирования в родах, у 25—30% детей, инфицированных в возрасте 1—5 лет, и менее чем у 5% детей, инфицированных в возрасте старше 5 лет, и взрослых. Примерно 25% людей, инфицированных гепатитом В во внутриутробном периоде и в младенчестве, и 15%, инфицированных в более старшем возрасте, умирают от цирроза или рака печени.

- Хронизация гепатита С происходит значительно чаще, чем гепатита В, от 10—20% до 55—85% пациентов имеют хроническое течение гепатита С в течение 20—30 лет. Примерно у 20—25% из них возникают тяжелые заболевания печени (цирроз или рак), у 1—5% они становятся причиной смерти. ВИЧ и алкогольная зависимость ускоряют прогрессирование гепатита и цирроза.

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

Диагностика

- Выбор серологического исследования при подозрении на острую или хроническую инфекцию определяется клинической ситуацией. Оно должно быть дополнено исследованием трансаминаз (особенно аланинаминотрансферазы) и функции печени.
- Серологическая диагностика гепатита С включает обнаружение антител к вирусу гепатита С (anti-HCV) с помощью иммуноферментного или хемилюминесцентного анализа.
- ПЦР применяется для определения РНК ВГС и ДНК ВГВ.

Консультирование

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

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

Лечение

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

В лечении хронических гепатитов В и С используются интерфероны и противовирусные препараты. Выбор терапии определяется вирусной нагрузкой, состоянием печени, активностью процесса, возрастом и другими показателями. Лечение хронических гепатитов В и С не является темой настоящего Руководства, в Интернете доступны международные рекомендации по лечению хронических вирусных гепатитов.

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов

1. Возбудитель генитального герпеса.
2. Эпидемиология генитального герпеса.
3. Патогенетические особенности герпетической инфекции.
4. Классификация герпетической инфекции.
5. Клиническая картина герпетической инфекции у взрослых.
6. Клиническая картина герпетической инфекции у детей.
7. Дифференциальная диагностика генитального герпеса с контагиозным моллюском, ВПЧ.
8. Осложнения генитального герпеса.
9. Диагностика генитального герпеса.
10. Лечение больных с генитальным герпесом.
11. Этиология возбудителя.
12. Факторы риска папилломавирусной инфекции.
13. Клинические проявления остроконечной бородавки, бородавки в виде папул, поражения в виде пятен.
14. Клинические проявления бовеноидного папулеза.
15. Клинические проявления Болезни Боуэна.
16. Клинические проявления гигантской кондиломы Бушке – Левенштейна.
17. Дифференциальная диагностика папилломавирусной инфекции.

18. Методы диагностики ВПЧ -инфекции.
19. Методы лечения папилломавирусной инфекции.
20. Профилактика папилломавирусной инфекции

Раздел 5. ВИЧ инфекция. Общие вопросы ВИЧ-инфекции.

Стратегия государства по противодействию распространению ВИЧ-инфекции.

Обследование на ВИЧ-инфекцию. Основные правила консультирования.

Консультирование, связанное с ВИЧ-инфекцией.

Организация системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации

Проведение эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации регламентируется Федеральным законом от 30 марта 1995 N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)", Федеральным законом от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" и санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции".

Учреждение, проводившее забор крови у пациента, заполняет "Направление на исследование образцов крови в ИФА на СПИД" (N 264/у-88), включающее возможно полную информацию, позволяющую его идентифицировать. При конфиденциальном тестировании персональные данные пациента приводятся без сокращений (по паспорту или заменяющему его документу, удостоверяющему личность обследуемого): полные Ф.И.О., полная дата рождения, гражданство, адрес места жительства, код контингента. При анонимном тестировании (без паспорта) указывается только цифровой код, включающий порядковый номер освидетельствуемого, год рождения, место жительства (субъект Российской Федерации). Фамилия, имя, отчество освидетельствуемого не указывается.

Лаборатория, проводящая первичный скрининг, при получении двух положительных результатов из трех постановок в ИФА или ИХЛА, направляет образец для дальнейшего исследования в референс-лабораторию в сопровождении "Направления на исследование крови на СПИД в реакции иммуноблота" (N 265/у-88).

Заключение о положительном результате исследования крови на ВИЧ в иммунном блоттинге из референс-лаборатории, или в особых случаях, выявления ДНК, РНК ВИЧ передается в скрининговую лабораторию и/или медицинскую организацию, направившую материал на исследование, а также экстренное извещение об инфекционном заболевании (N 058/у), передается в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, а оперативное донесение (N 286/у-88) в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД. При выявлении ВИЧ-инфекции у иногородних жителей Российской Федерации информация передается в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИД по месту постоянной регистрации пациента". При получении положительного результата исследования на ВИЧ у донора крови, органов и тканей информация из референс-лаборатории передается в течение 24 часов по телефону в учреждения службы крови (станции переливания крови, отделения переливания крови) и в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Ежемесячно по результатам тестирования на ВИЧ МО, имеющие лаборатории, проводящие исследования на ВИЧ, независимо от организационно-правовых форм, форм собственности и ведомственной принадлежности представляют сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ (месячная и годовая форма федерального государственного статистического наблюдения N 4) в Центр СПИД субъекта Российской Федерации, на территории которого проводится тестирование на ВИЧ.

Территориальные центры СПИД ежемесячно и ежегодно аккумулируют сведения о количестве проведенных исследований на ВИЧ-инфекцию в субъекте в разрезе контингентов населения в форме федерального государственного статистического наблюдения N 4 "Сведения о результатах исследований крови на антитела к ВИЧ и направляют форму в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД и орган управления здравоохранением субъекта федерации. Первичной документацией для заполнения отчетной формы являются формы N264/у-88, N265/у-88, журнал регистрации повторных исследований на ВИЧ положительных в ИФА. Ежемесячно МО, независимо от организационно-правовых форм, форм собственности и ведомственной принадлежности, представляют сведения о случаях болезни, вызванной ВИЧ и бессимптомном инфекционном статусе, вызванном ВИЧ, в рамках форм федерального государственного статистического наблюдения N 1 (месячная) и N 2 (годовая) в территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора.

Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД ведет базу данных обследований на ВИЧ в Российской Федерации (согласно поступившим данным по форме N 4) и в установленные сроки направляет годовой отчет в целом по России и в разрезе субъектов Российской Федерации в Минздрав России и Роспотребнадзор с последующим представлением в Росстат.

Каждый случай заболевания ВИЧ-инфекцией (положительный результат исследования в иммуноблоте или выявлении ДНК/РНК ВИЧ у детей первого года жизни и лиц, находящихся в инкубационном периоде) подлежит регистрации и учету по месту выявления в медицинской организации независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. Учет по месту жительства пациента ведется для организации диспансерного наблюдения и лечения. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД ведет федеральную базу данных о случаях ВИЧ-инфекции, выявленных на территории Российской Федерации. Сведения о новых случаях ВИЧ-инфекции и изменении состояния больного должны быть направлены из территориальных центров СПИД в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД в 30-ти дневный срок.

Медицинская организация изменившая или уточнившая диагноз, подает вторичное донесение на больного ВИЧ-инфекцией в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД и территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИД по месту постоянной регистрации пациента,- в случае:

- изменения (уточнения) диагноза,
- установления причин заражения ВИЧ-инфицированного,
- установления диагноза СПИД (указать СПИД-индикаторные заболевания согласно перечню в п. 4.3),
- установления смерти ВИЧ-инфицированного или больного СПИД (указать причины),
- смены места жительства пациента,
- снятия диагноза ВИЧ-инфекции,
- заключения о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью.

Все медицинские организации, оказывающие помощь инфицированным ВИЧ пациентам составляют годовую форму N 61 Федерального государственного статистического наблюдения "Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией", содержащую данные о клиническом состоянии больных ВИЧ-инфекцией и объеме оказанной медицинской помощи этой категории больных. Форма N 61 направляется в уполномоченную специализированную медицинскую организацию, осуществляющую организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции (Центр СПИД) в субъекте Российской Федерации, агрегированные данные направляются Центром СПИД в орган управления здравоохранением субъекта федерации. Орган

управления здравоохранением субъекта направляет форму N 61 в Минздрав России и территориальный орган Росстата в субъекте Российской Федерации. Минздрав России годовой отчет по Российской Федерации и направляет в Росстат.

В территориальных Центрах СПИД должны поддерживаться электронные базы данных по тестированию на антитела к ВИЧ, а также базы данных ВИЧ-позитивных лиц (включающие лабораторные, эпидемиологические и клинические данные), выявленных на территории субъекта Российской Федерации и прибывших с установленным диагнозом. Федеральная база данных об обследовании населения на ВИЧ и выявленных ВИЧ-позитивных лицах ведется Федеральным Центром по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора на основании данных, представленных из субъектов Российской Федерации. Хранение и передача информации осуществляется с учетом строгого обеспечения безопасности персональных данных.

Федеральный, окружные и территориальные центры по профилактике и борьбе со СПИД анализируют, сверяют информацию и обобщают ее в ежегодных информационных и аналитических материалах по вопросам эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции.

Эффективное использование данных по ВИЧ-инфекции является обязательным критерием качества системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. Необходимо, чтобы данные использовались не только вертикально (от исполнителей до руководства и в обратном направлении), но и горизонтально (всеми организациями, принимающими участие в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции, ИППП, ТБ). Информационно-аналитические материалы (в т.ч. ежегодный статистический сборник по ВИЧ-инфекции) ежегодно, а также по запросам должны направляться в органы исполнительной власти субъектов федерации, в учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы государственной власти в сфере охраны здоровья, муниципальные органы власти и все другие заинтересованные организации, принимающие участие в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-инфекция

Определение

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

Этиопатогенез

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

Классификация

Классификация ВИЧ-инфекции в соответствии с МКБ-10:

B20 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней:

B20.0 с проявлениями микобактериальной инфекции

B20.1 с проявлениями других бактериальных инфекций

B20.2 с проявлениями цитомегаловирусного заболевания

- V20.3 с проявлениями других вирусных инфекций
- V20.4 с проявлениями кандидоза
- V20.5 с проявлениями других микозов
- V20.6 с проявлениями пневмонии, вызванной *Pneumocystis carinii*
- V20.7 с проявлениями множественных инфекций
- V20.8 с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней
- V20.9 с проявлениями неуточненных инфекционных и паразитарных болезней
- V21 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде злокачественных новообразований:
 - V21.0 с проявлениями саркомы Капоши
 - V21.1 с проявлениями лимфомы Беркитта
 - V21.2 с проявлениями других неходжкинских лимфом
 - V21.3 с проявлениями других злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственных им тканей
 - V21.7 с проявлениями множественных злокачественных новообразований
 - V21.8 с проявлениями других злокачественных новообразований
 - V21.9 с проявлениями неуточненных злокачественных новообразований
- V22 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других уточненных болезней:
 - V22.0 с проявлениями энцефалопатии
 - V22.1 с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита
 - V22.2 с проявлениями изнуряющего синдрома
 - V22.7 с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках
- V23 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других состояний:
 - V23.0 Острый ВИЧ-инфекционный синдром
 - V23.1 с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфоаденопатии
 - V23.2 с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках
 - V23.8 с проявлениями других уточненных состояний
- V24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), неуточненная

Эпидемиология

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

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

Пути передачи

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

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

Диагностика

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

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

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

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

Практика обследования и консультирования на ВИЧ в родах представлена в фильме «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Экспресс-тестирование на ВИЧ в родах», созданном ИЗС.

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

Дотестовое консультирование

- Конфиденциальность тестирования на ВИЧ и его результата.
- Доступные варианты тестирования (включая анонимный).
- Тест определяет антитела (защитные клетки) к ВИЧ, а не сам вирус. У большинства людей антитела появляются в течение трех месяцев после заражения.
- Положительный результат — обнаружение антител к ВИЧ — будет перепроверен повторным тестом (используется тот же самый образец крови), чтобы исключить ложный результат. Это может привести к некоторой задержке ответа о результатах исследования. Окончательный ответ будет предоставлен пациенту после получения результатов подтверждающего исследования.
- Результаты исследования должны быть предоставлены обследованному лично. Если тест положителен, а пациент не возвращается за результатами, будут уведомлены службы здравоохранения.

- При информировании о результатах исследования будет проведено надлежащее послетестовое консультирование.
- Отрицательный результат может означать, что человек не заражен, или то, что после инфицирования ВИЧ антитела еще не успели выработаться (так называемый период «окна»). Поясните, будет ли тестирование необходимо в дальнейшем.
- Положительный результат теста может означать, что человек заражен ВИЧ и может инфицировать других при незащищенном половом контакте, через кровь, грудное молоко, при донорстве крови, ткани или органа. При положительном результате необходимо будет полное клиническое и лабораторное обследование. Важно сообщить сексуальному партнеру о ВИЧ-инфекции и убедить его обследоваться на ВИЧ.
- Сомнительный результат исследования означает, что тестирование должно быть проведено повторно через 3 месяца или назначено дополнительное исследование.
- ВИЧ не передается через пот, слюну, мочу, экскременты или слезы, если в них нет видимой примеси крови.
- Пути инфицирования ВИЧ: незащищенный половой контакт (анальный, вагинальный, оральный); прямой контакт крови с кровью; использование общих игл или шприцев (включает внутривенное введение наркотических препаратов, татуирование, пирсинг общим/грязным оборудованием); передача от матери ребенку во время беременности, в родах или через грудное молоко.
- Рискованное поведение, как сексуальное, так и другое — употребление алкоголя и наркотиков.
- Возможность лечения, удлиняющего жизнь.
- Возможность профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.
- Безопасное сексуальное поведение.

Послетестовое консультирование

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

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

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

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

Наблюдение и обследование

Наблюдение специалиста в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом включает консультацию инфекциониста по поводу ВИЧ-инфекции, обследование и лечение. Инфекционист определяет наиболее приемлемую схему приема АРВ-препаратов в зависимости от состояния здоровья пациента, консультирует о важности соблюдения схемы их приема или приверженности к лечению и регулярного наблюдения у специалиста. В Центре проводится контроль эффективности АРВ-терапии, ее побочных

эффектов, а также приверженности к назначенному лечению. Регулярно определяют число лимфоцитов CD4, вирусную нагрузку, проводят общий и биохимический анализ крови, а также другие обследования согласно приказу Минздравсоцразвития от 17 августа 2006 года «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

Обследование проводится только при информированном согласии пациента.

- Вирусная нагрузка — количественный показатель содержания вируса иммунодефицита человека (РНК ВИЧ) в крови. При прогрессировании ВИЧ-инфекции содержание вируса увеличивается. Вирусная нагрузка определяется для оценки эффективности проводимой антиретровирусной терапии и приверженности пациента к приему АРВ препаратов. У пациентов, не получающих АРВ-препараты, уровень вирусной нагрузки измеряется для оценки текущего состояния и потребности в назначении АРВ-терапии не реже двух раз в год. В начале АРВ-терапии исследование проводится не реже одного раза в 2 месяца, затем не реже двух раз в год. В зависимости от показателей вирусной нагрузки принимается решение о продолжении или об изменении схемы АРВ терапии. Уровень вирусной нагрузки — один из критериев выбора тактики химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и назначения антиретровирусной терапии.

- Число лимфоцитов CD4. Уменьшение количества лимфоцитов CD4 является прогностическим критерием развития условно-патогенных инфекций. Нормальным значением является более 500 клеток/мм³. Исследование должно проводиться не реже двух раз в год при антиретровирусной терапии. Снижение числа лимфоцитов CD4 может являться показателем необходимости начала или коррекции АРВ-терапии.

- Общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма позволяют оценить наличие анемии, лейкопении, тромбоцитопении, повышенной СОЭ, состояние системы гемостаза. Исследование содержания сахара в крови, функции печени и почек важно для контроля нежелательных эффектов АРВ-препаратов, для выявления активности хронических вирусных гепатитов. Обследование проводится при первом визите, в дальнейшем — по необходимости.

- Обследование на инфекции, передаваемые половым путем (такие, как герпес, кандидоз, гонорея, хламидиоз, трихомоноз, бактериальный вагиноз), которые приводят к увеличению содержания вируса в отделяемом из половых органов, что повышает риск передачи ВИЧ партнеру, а также повышает риск передачи ВИЧ ребенку.

Обследование на перечисленные инфекции проводится при первом визите, в дальнейшем — по мере необходимости, но не реже одного раза в год.

- Обследование на хронические вирусные гепатиты (особенно гепатит С). Эти болезни существенно не влияют на течение ВИЧ-инфекции, но ВИЧ способствует прогрессированию гепатита С, приводящего к циррозу. У определенной доли пациентов с гепатитами В и С существует риск возникновения не только цирроза, но и рака печени. Наличие гепатита может существенно изменять функцию печени и фармакодинамику многих лекарственных препаратов. Обследование на перечисленные инфекции проводится при первом визите, в дальнейшем — по мере необходимости, но не реже одного раза в год.

- Обследование на ВПЧ-инфекцию важно как для женщин, так и для мужчин с ВИЧ. У женщин с ВИЧ-инфекцией ВПЧ встречается в 16 раз чаще, чем в общей популяции женщин. Частота возникновения и скорость прогрессирования дисплазии коррелируют с количеством лимфоцитов CD4 и уровнем вирусной нагрузки. При ухудшении этих показателей риск заболевания раком увеличивается. Обследование проводится при первом визите, затем по показаниям, но не реже одного раза в год.

- Проба Манту. Сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза нередко отмечается у пациентов, особенно с прогрессирующими стадиями ВИЧ-инфекции. При неблагоприятной эпидемиологической ситуации с заболеваемостью туберкулезом реакция Манту ≥ 5 мм должна рассматриваться как положительная, подтверждающая возможность

тубинфицированности, что требует консультации специалистов и возможного назначения противотуберкулезных препаратов.

- Тест на беременность должен быть предложен при каждом визите, связанном с антиретровирусной терапией и контрацепцией, всем женщинам репродуктивного возраста, включая женщин, утверждающих, что у них сохранена менструальная функция. Тест проводится по образцам мочи или крови.

Общие принципы лечения

- Главной целью антиретровирусной терапии является увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов с ВИЧ-инфекцией.

- Основная задача лечения — снижение содержания вируса в крови.

- Оптимальным критерием для назначения терапии является снижение числа лимфоцитов CD4 до уровня менее 350 клеток/мм³

- Наилучшие клинико-иммунологические результаты были получены при высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) — сочетании трех и более АРВ-препаратов.

- Консультирование по поводу проведения АРВ-терапии

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.

1. Классификация вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).
2. Морфология, антигенное строение, культивирование, резистентность ВИЧ.
3. Источники, пути передачи, особенности патогенеза и иммунитета при ВИЧ-инфекции.
4. Материалы и методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции.
5. Состояние проблемы профилактики и терапии ВИЧ-инфекции.
6. Современная эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции в мире.
7. Назовите клетки-мишени для ВИЧ в организме человека.
8. Назовите основной метод лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции и серологические реакции, использующие для скринингового, референтного и арбитражного исследования.
9. Назовите группы риска при ВИЧ-инфекции.
10. Назовите клинические проявления ВИЧ-инфекции и сопутствующие инфекции.
11. Назовите возможные пути заражения ВИЧ-инфекцией медиков и обоснуйте меры профилактики.
12. Назовите возможные пути заражения ВИЧ-инфекцией пациентов стоматологических клиник и отделений ЛПУ и обоснуйте необходимые меры профилактики.
13. Назовите основные меры профилактики ВИЧ-инфекции на современном этапе.

Медицинская помощь женщинам с ВИЧ-инфекцией во время беременности.

Медицинская помощь женщинам с ВИЧ в родах. Послеродовый уход.

Диспансерное наблюдение вич-инфицированных беременных

Наблюдение беременных с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, а также беременных с высоким риском инфицирования ВИЧ, осуществляется совместно врачом-инфекционистом и врачом акушером-гинекологом по месту жительства (А1).

Всем беременным женщинам проводится обследование на ВП и CD4 (А2).

Наблюдение ВИЧ-инфицированной беременной осуществляют инфекционист Центра по профилактике и борьбе со СПИДом или другой врач, ответственный за диспансерное наблюдение и лечение больных ВИЧ-инфекцией в данном регионе, а также акушер-гинеколог женской консультации по месту жительства и/или акушер-гинеколог Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Врач акушер-гинеколог предоставляет инфекционисту информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях,

осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований, назначаемой терапии. Инфекционист предоставляет информацию о режиме АРВТ, ее эффективности, переносимости, результатах проведенных им лабораторных исследований, дает рекомендации о целесообразности или нецелесообразности проведения родоразрешения путем планового КС для снижения риска передачи ВИЧ в родах.

Беременная женщина с ВИЧ-инфекцией должна получить тот объем лечебно-диагностической помощи, который предусмотрен существующими рекомендациями, протоколами и стандартами медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией и беременным.

Исследование клинических проявлений, ВН и CD4 при первичном обследовании позволяет выявить показания для назначения АРВТ с целью лечения ВИЧ-инфекции и безотлагательного ее начала. Эффективность АРВТ оценивается по динамике ВН, CD4-лимфоцитов, клинических проявлений. Показатель ВН является наиболее быстро реагирующим и значимым.

Исследование ВН проводится:

- 1) при первичном обследовании беременной, инфицированной ВИЧ;
- 2) перед началом АРВТ (если предыдущее обследование проведено более 4 недель назад);
- 3) при проведении АРВТ - каждые 4 недели до снижения ВН ниже определяемого уровня, затем не реже 1 раза в 12 недель;
- 4) настоятельно рекомендуется исследовать ВН на сроке беременности 34-36 недель для определения тактики ведения родов и выбора схемы профилактики ВИЧ у ребенка.

Исследование CD4-лимфоцитов проводится:

- 1) при первичном обследовании беременной, инфицированной ВИЧ;
- 2) перед началом АРВТ (если предыдущее обследование проведено более 4 недель назад);
- 3) при проведении АРВТ - через 4 и 12 недель от начала лечения, затем не реже 1 раза в 12 недель.

Применение АРВП во время беременности

АРВТ с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку показана всем беременным ВИЧ-инфицированным женщинам, независимо от клинических проявлений, ВН и количества CD4-лимфоцитов (A1).

Если ВИЧ-инфекция выявлена у женщины со сроком беременности менее 13 недель (или у ВИЧ-инфицированной женщины обнаружена беременность, соответствующая этому сроку), рекомендуется:

- 1) если у женщины имеются показания к началу АРВТ (см. Приложение 2) - начать АРВТ, не дожидаясь окончания I триместра беременности (A1);
- 2) если у женщины выявлена ВН > 100 000 копий/мл (высокий риск заражения плода) - начать АРВТ, не дожидаясь окончания I триместра беременности (A2);
- 3) если показания к АРВТ (за исключением беременности) отсутствуют - начать прием АРВП сразу после окончания I триместра беременности (A2).

Если ВИЧ-инфекция выявлена у женщины со сроком беременности от 13 до 28 недель (или ВИЧ-инфицированная женщина обратилась в эти сроки), рекомендуется начать АРВТ сразу после получения результатов исследования гемограммы, ВН и CD4 (A2).

Если ВИЧ-инфекция выявлена у женщины со сроком беременности 28 недель и более (или ВИЧ-инфицированная беременная обратилась в эти сроки), рекомендуется незамедлительно начать АРВТ по схеме 2 предпочтительных НИОТ (ZDV+3ТС или TDF+3ТС или TDF+FTC) плюс LPV/г или ATV/г или EFV (A2):

- 1) прием препаратов следует начать сразу после забора крови для исследований, проводимых перед началом АРВТ (определение уровней РНК ВИЧ, CD4-лимфоцитов, общий и биохимический анализы крови), не дожидаясь их результатов;
- 2) в случае необходимости после получения результатов лабораторных исследований (например, выявление низкого уровня гемоглобина), назначенная схема может быть скорректирована;

3) у беременных с ВН 100 000 коп/мл и выше, начавших АРВТ на очень поздних сроках гестации (32 недели и более) в схему ВААРТ может быть включен ралтегравир четвертым препаратом в схеме (В3).

АРВП назначаются беременным только по схемам высокоактивной АРВТ (А1), которая должна включать не менее трех АРВП: 2 нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) плюс ингибитор протеазы (ИП) либо нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ), либо ингибитор интегразы (ИИ).

Для составления схемы АРВТ у беременной следует в первую очередь рассмотреть возможность назначения препаратов из группы предпочтительных, а при невозможности их применения - из группы альтернативных (А1).

В течение всей беременности не рекомендуется использовать АРВП, эффективность, безопасность и фармакокинетика которых недостаточно изучены, за исключением случаев, когда эти препараты являются незаменимыми.

Если беременность наступает у женщины, уже получающей АРВТ, то терапию продолжают (А1):

1. не рекомендуется отменять АРВТ в I триместре беременности, так как это может привести к выраженному увеличению ВН и ухудшению клинико-лабораторных показателей и, как следствие, повышению вероятности инфицирования ребенка;
2. рекомендуется продолжить текущую схему, если она эффективна, безопасна и хорошо переносится;
3. если в схему лечения входят препараты, не рекомендуемые для применения у беременных или недостаточно изученные, вопрос об их замене решается в индивидуальном порядке на основе оценки риска и пользы для матери и плода с учетом мнения пациентки.

Планируемая беременность не является противопоказанием к АРВТ. Назначение АРВТ до наступления беременности является наиболее эффективным для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку:

1. выбор схемы АРВТ проводится в соответствии с действующими Российскими рекомендациями (клинический протокол);
2. не рекомендуется назначать эфавиренз.

Ребенок может быть инфицирован от матери в течение всей беременности, однако эта вероятность существенно возрастает после 35 недель гестации и в родах, составляя около 80%. Поэтому цель назначения АРВТ матери - добиться неопределяемого уровня ВН как можно раньше во время беременности, но особенно важно - к 34-36-й неделе.

Выбор АРВП у беременных осуществляется с учетом их эффективности, безопасности для матери и плода/ребенка, переносимости.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА АРВП У БЕРЕМЕННЫХ

При выборе антиретровирусных препаратов у беременных следует учитывать в первую очередь их тератогенный потенциал, фармакокинетические особенности, спектр побочных действий, удобство применения.

При выборе препаратов у беременных следует отдавать предпочтение препаратам с фиксированными комбинациями доз, т.к. уменьшение лекарственной нагрузки способствует повышению приверженности АРВТ.

Фармакокинетика АРВП может быть подтверждена колебаниям в течение беременности, поэтому важно придерживаться рекомендаций относительно суточной дозы и кратности приема препаратов. Все ингибиторы протеазы (за исключением нелфинавира, который в настоящее время не используется) должны быть бустированы ритонавиром.

Получены данные о фармакокинетических особенностях большинства АРВП у беременных на разных сроках гестации. В зависимости от полученных данных АРВП можно разделить на 4 группы:

- 1) концентрация не изменяется или меняется незначительно (коррекции дозы не требуется): абакавир, зидовудин, диданозин, ставудин, эмтрицитабин, ламивудин, невирапин;
- 2) концентрация снижается, но целевые концентрации достигнуты (коррекции дозы не требуется): тенофовир, эфавиренз, этравирин, атазанавир/ритонавир, дарунавир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир, саквинавир/ритонавир, нелфинавир, ралтегравир;
- 3) концентрация снижается (требуется коррекция дозы): лопинавир/ритонавир;
- 4) данных о фармакокинетике недостаточно или отсутствуют: рилпивирин, индинавир/ритонавир, типранавир/ритонавир, фузеон, маравирок.

Безопасность АРВП для плода оценивает и предоставляет в ежегодном отчете Международный регистр антиретровирусных препаратов у беременных. В настоящее время не получено данных о повышенной частоте врожденных аномалий у живорожденных детей, матери которых начали получать АРВП в первом, втором или третьем триместре беременности. Статистически достоверные данные об отсутствии повышенного риска получены в отношении следующих препаратов: абакавир, атазанавир, дарунавир, диданозин, зидовудин, индинавир, ламивудин, лопинавир, невирапин, нелфинавир, ритонавир, ставудин, тенофовир, эмтрицитабин, эфавиренз

Химиопрофилактика вертикального инфицирования ВИЧ проводится в три этапа:

- во время беременности начинается с 14 недели (ранее не проводится в связи с тератогенным эффектом) – азидотимидин 0,2×3 внутрь, фосфазид;

- в период родов – несколько схем: невирапин 200 мг однократно per os при начале родовой деятельности; азидотимидин внутривенно при начале родовой деятельности: в течение первого часа – 2 мг/кг, затем – 1 мг/кг×час до завершения родов; фосфазид перорально – 0,6 г при начале родовой деятельности, затем по 0,4 г каждые 4 часа; азидотимидин перорально – 0,3 г при наличии родовой деятельности, затем по 0,3 каждые 3 часа до окончания родов.

- химиопрофилактика для новорожденного: с 8-го часа после рождения – азидотимидин в сиропе 0,002 г/кг каждые 6 часов в течение 6 недель. Невирапин-суспензия перорально 0,002 г/кг однократно (в соответствии с Приказом МЗ РФ от 19.12.03 №606 – невирапин дается 1 раз в день в течение 3 дней); или оба препарата.

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

Основные методы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку:

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

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

Руководство по оказанию комплексной медицинской помощи женщинам с ВИЧ «Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин».

Нормативное и методическое обеспечение

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

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

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

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

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

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 14.01.2004 г.

№ 2 «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в РФ».

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

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30.05.2005 г.

№ 375 «Об утверждении стандарта профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.08.2006 г.

№ 612 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов

1. Что такое АРВТ при беременности?
2. Какие особенности наблюдения ВИЧ-инфицированных женщин во время беременности?
3. Пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду?
4. Какие существуют методы профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду?
5. Какие приказы минздрава регламентируют оказание помощи пациенткам с ВИЧ-инфекцией?

Оказание лечебно-профилактической помощи ребенку, рожденному ВИЧ-инфицированной женщиной. Комплексная помощь женщинам с ВИЧ и сопутствующими заболеваниями. Профилактика незапланированной беременности у ВИЧ-инфицированных женщин. Профилактика незапланированной беременности у ВИЧ-инфицированных женщин

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Оказание ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и их детям своевременной и эффективной лечебно-диагностической и профилактической помощи является одной из важнейших задач в сфере охраны здоровья матери и ребенка, так как при отсутствии мер, предупреждающих вертикальную передачу ВИЧ, до 50% детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, инфицируются ВИЧ, что создает угрозу их

жизни, здоровью и увеличивает государственные расходы на медицинскую и социальную помощь. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку при относительно невысоких финансовых затратах позволяет предотвратить заражение детей, существенно уменьшить социальные и демографические последствия распространения ВИЧ.

В рамках мониторинга за проведением профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку необходимо оценивать такие меры как:

1. Обязательное дородовое консультирование, тестирование на ВИЧ беременных женщин независимо от наличия у них регистрации по месту жительства и гражданства Российской Федерации, а также консультирование и тестирование на ВИЧ половых партнеров всех женщин, поставленных на учет по беременности;
 2. Охват химиопрофилактикой вертикальной передачи ВИЧ-инфекции беременных во время беременности и родов, а также новорожденных независимо от наличия у них регистрации по месту жительства и гражданства Российской Федерации;
 3. Охват родоразрешением ВИЧ-инфицированных беременных женщин путем планового Кесарева сечения по клиническим показаниям с целью снижения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку;
 4. Раннее установление диагноза ВИЧ-инфекции (до 6 месяцев) у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, на основании результатов ПЦР-диагностики ВИЧ-инфекции;
 5. Бесплатное обеспечение всех детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, молочными смесями для искусственного вскармливания в необходимых объемах;
- Одним из ключевых индикаторов эффективности проведенных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции от матери ребенку является доля беременных, у которых была подавлена вирусная нагрузка (уровень вирусной нагрузки ВИЧ составил <1000 копий/мл к моменту родов). Также необходимо проводить расчет показателя вероятности передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА

Для предотвращения заражения детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, категорически не рекомендуется прикладывать их к груди и кормить материнским молоком, а сразу после рождения переводить исключительно на искусственное вскармливание (А1).

Прикладывание ребенка к груди или вскармливание молоком ВИЧ-инфицированной женщины увеличивает риск его заражения ВИЧ. Дополнительными факторами риска при грудном вскармливании служат трещины сосков, абсцесс молочной железы у матери, стоматит у ребенка.

Возможность передачи ВИЧ от матери ребенку при кормлении грудью (в т.ч. сцеженным грудным молоком) доказана в рандомизированных клинических исследованиях, где сравнивались грудное и искусственное вскармливание. Частота инфицирования детей при грудном вскармливании составляет до 20% и выше и зависит от многих показателей, наиболее важными из которых являются длительность вскармливания и показатели вирусной нагрузки и CD4 у матери. Подавляющее большинство детей инфицируются в первые 6 месяцев кормления грудью, из них более половины - в первые несколько недель. Консультирование ВИЧ-инфицированных беременных и матерей по вопросам грудного вскармливания играет важную роль в профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку после родов и должно проводиться на протяжении всей беременности, в родах и после рождения ребенка.

Персонал медицинских учреждений, осуществляющих наблюдение ВИЧ-инфицированной беременной, а также матери и ее ребенка, должен проводить повторные консультирования по вопросам грудного вскармливания и, при необходимости, прибегать к помощи психолога, социального работника, сотрудников органов опеки и попечительства.

Консультировать ВИЧ-инфицированную женщину о необходимости искусственного вскармливания ребенка начинают во время беременности. Пациентке предоставляют

информацию о дополнительном риске заражения ребенка ВИЧ при грудном вскармливании, а также обсуждают с ней вопросы, связанные с выбором заменителей грудного молока. В родильном доме перед родами и после них с женщиной вновь проводится консультирование по вопросам вскармливания ребенка и настоятельно рекомендуется не прикладывать его к груди. При выписке из родильного дома необходимо подробно и на доступном языке разъяснить матери или лицам, которые будут осуществлять уход за новорожденным, как готовить смесь для вскармливания.

В исключительных случаях, если женщина, несмотря на многократно проводимое консультирование, приняла осознанное решение кормить грудью, необходимо провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене, назначить АРВТ с целью химиопрофилактики матери на весь период грудного вскармливания и ребенку.

АРВТ, назначаемая кормящей матери в профилактических целях, снижает ВН в молоке почти так же эффективно, как в крови, однако, мало влияет на содержание в молоке ДНК ВИЧ. Как показали рандомизированные клинические исследования, при назначении АРВТ только матери эффективность профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку при грудном вскармливании составляла около 50%. В то же время, назначение АРВП ребенку на период грудного вскармливания позволяет снизить уровень передачи ВИЧ гораздо эффективнее.

При длительном применении АРВП, назначаемых матери и/или ребенку при отсутствии показаний к лечению, возникает проблема приверженности лечению и, как следствие, формирования у обоих устойчивости ВИЧ к АРВП. Кроме того, недостаточно данных о фармакокинетике АРВП в грудном молоке и безопасности для ребенка препаратов, которые он получает с молоком матери.

Диспансерное наблюдение детей, рожденных вич-позитивными женщинами

Наиболее важными задачами при работе с детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями, являются химиопрофилактика ВИЧ-инфицирования и полная диспансеризация, в том числе, с целью осуществления ранней диагностики ВИЧ-инфекции, проведения профилактики оппортунистических инфекций, выбора оптимальной схемы вакцинопрофилактики, своевременного назначения антиретровирусной терапии.

Ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной женщиной, подлежит регистрации в соответствии с кодом R75 «Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека [ВИЧ]. (Неокончателный тест на ВИЧ, выявленный у детей)» Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра. В том случае, если ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной женщиной, не обследован на ВИЧ лабораторными методами, он регистрируется в соответствии с кодом Z20.6 «Контакт с больным и возможность заражения вирусом иммунодефицита человека». В обоих случаях выставляется диагноз «Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции».

Обследованию на ВИЧ-инфекцию подлежат контингенты детей, рожденные женщинами:

- с ВИЧ-инфекцией;
- не состоявшими во время беременности на учете в женской консультации;
- не обследованными на ВИЧ до или во время беременности;
- вводящими наркотики внутривенно до и/или во время беременности;
- имеющими половых партнеров, вводящих наркотики внутривенно;
- имевшими во время беременности венерические болезни;
- страдающими вирусными гепатитами В и/или С.

Кроме того, обследованию на ВИЧ подлежат дети, оставшиеся без попечения родителей. Диспансерное наблюдение ребенка, имеющего перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, осуществляет педиатр амбулаторно-поликлинической сети либо любого другого медицинского и/или социального учреждения совместно с педиатром Центра по профилактике и борьбе со СПИД. В процессе диспансерного наблюдения осуществляются: диагностика ВИЧ-инфекции, подтверждение диагноза или снятие с

диспансерного учета; наблюдение ребенка педиатром и врачами-специалистами; проведение стандартных и дополнительных лабораторных исследований; профилактика пневмоцистной пневмонии; оценка физического и психомоторного развития.

Диспансеризация детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами, должна осуществляться специалистами, имеющими опыт работы в этой области, с использованием всех современных методов диагностики, лечения и мониторинга ВИЧ-инфекции и ВИЧ/СПИД-связанных заболеваний. Амбулаторная, неотложная и консультативная помощь детям, рожденным ВИЧ-позитивными женщинами, осуществляется детскими поликлиниками по месту жительства на общих основаниях. Специализированную помощь детям оказывают профильные стационары по направлению детских поликлиник и/или Центров по профилактике и борьбе со СПИД.

В таблицах ниже представлены графики проведения осмотров и лабораторных исследований у детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами. Схемы клинко-лабораторного наблюдения за детьми с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и за детьми с ВИЧ-инфекцией составлены с использованием Приказа МЗ ЗФ №151 от 07.05.1998 г. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям», в том числе – его разделов: Приложение 23 «Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте до 3-х лет»; Приложение 4 «Инфекционные и паразитарные болезни».

Таблица 1. График наблюдения за детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными женщинами

Вид обследования	Сроки обследования
Физикальное обследование Антропометрия Оценка физического и психомоторного развития	В период новорожденности 1 раз в 10 дней, затем ежемесячно до снятия с учета
Осмотр невролога Осмотр оториноларинголога Осмотр дерматолога	В 1 месяц, далее – каждые 6 месяцев до снятия с учета
Осмотр офтальмолога Осмотр хирурга Осмотр ортопеда	В 1 и 12 месяцев
Осмотр стоматолога	В 9 месяцев
Осмотр иммунолога	При составлении календаря прививок и вакцинации
Реакция Манту	1 раз в 6 месяцев – непривитым и ВИЧ-инфицированным

Таблица 2. График лабораторных исследований у детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами

Виды исследований	Сроки проведения исследований, возраст в месяцах					
	0	1,5	3	6	9	12
Анализ крови клинический	+	+	+	+	+	+

Анализ крови биохимический	+	+	+ ³	+	+ ³	+
Анти-ВИЧ (ИФА, ИБ)	+			+		+ ⁴
CD4(+)-Т-лимфоциты ¹			+	+	+	+
ПЦР	+ ²	+		+		
Содержание иммуноглобулинов в сыворотке или протеинограмма				+		+
Серологические исследования на вирусные гепатиты В и С, сифилис, токсоплазмоз, ВПГ, ЦМВ	+			+		+
Цитологические исследования на ЦМВ слюны и мочи	+			+		+

¹ исследование иммунного статуса проводится после получения положительных результатов исследования на ВИЧ методом ПЦР. При недоступности последнего может служить одним из диагностических критериев (снижение количества CD4(+)-Т-лимфоцитов является характерным проявлением ВИЧ-инфекции);

² не является обязательным;

³ у детей, получающих химиопрофилактику пневмоцистной пневмонии бисептолом;

⁴ следующее исследование: при отрицательном результате – через 1 месяц и при положительном/неопределенном результатах – через 3 месяца (если применялся метод ПЦР для диагностики ВИЧ-инфекции).

При обнаружении у ребенка нуклеиновых кислот ВИЧ методом ПЦР и/или клинических признаков ВИЧ-инфекции проводится углубленное обследование: определение ВИЧ-статуса, иммунных параметров, количественное определение РНК ВИЧ в плазме крови («вирусная нагрузка»), выявление ВИЧ-связанных заболеваний, а также решается вопрос о проведении терапии, в том числе антиретровирусной. Вакцинация ВИЧ-позитивного ребенка осуществляется по месту жительства в соответствии с рекомендациями педиатра Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Ребенок с ВИЧ-инфекцией в плановом порядке посещает Центр по профилактике и борьбе со СПИДом с частотой 1 раз в 3-6 месяцев в зависимости от клинико-лабораторных показателей. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции при нормальных показателях CD4-лимфоцитов диспансеризация осуществляется не реже одного раза в полугодие; на поздних стадиях и при сниженных показателях CD4-лимфоцитов – не реже одного раза в квартал.

Снятие с диспансерного учета ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной женщиной, осуществляется комиссионно при отсутствии клинико-лабораторных признаков ВИЧ-инфекции. При решении вопроса об отсутствии ВИЧ-инфекции у ребенка оцениваются анамнез, развитие ребенка, клиническое состояние, результаты лабораторных обследований на ВИЧ-инфекцию, возраст ребенка, отсутствие грудного вскармливания.

Окончательное решение об отсутствии ВИЧ-инфекции может быть принято на основании отрицательных результатов определения антител к ВИЧ. Минимальный срок наблюдения за ребенком при отсутствии ВИЧ-инфекции должен составлять не менее 12 месяцев с момента рождения или прекращения грудного вскармливания при условии выполнения адекватных диагностических исследований, включая вирусологические методы. Если мониторинг осуществляется серологическими или менее чем двумя вирусологическими методами с установленными сроками обследования, ребенок может быть снят с учета при отсутствии ВИЧ в возрасте не менее 18 месяцев.

При выявлении ВИЧ-инфекции у ребенка он остается на учете пожизненно. На практике дети, у которых диагноз ВИЧ-инфекции снят, но живущие в семьях с ВИЧ-инфицированными родителями, будут продолжать наблюдаться по контакту.

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов

14. В чем заключается оказание лечебно-профилактической помощи ребенку, рожденному ВИЧ-инфицированной женщиной.
15. Комплексная помощь женщинам с ВИЧ и сопутствующими заболеваниями?
16. Какова профилактика незапланированной беременности у ВИЧ-инфицированных женщин?
17. Разрешено ли женщинам с ВИЧ-инфекцией грудное вскармливание?
18. Что такое вирусная нагрузка и как она определяется?

Правовые вопросы, связанные с ВИЧ/СПИД

Перспективы противодействия ВИЧ-инфекции предполагают возникновение новых этических проблем. Так, в случае создания вакцины предупреждающей заражение ВИЧ, несомненно, встанет вопрос, кого и когда иммунизировать этим препаратом. Отсюда возникнут разные рационалистические и этические концепции: «вакцинировать все население нецелесообразно, так как многие не подвергаются никакому риску заражения»; «вакцинировать только гомосексуалистов и наркоманов — это предоставлять им возможность безнаказанно продолжать свою «деятельность» и т.п. Фактически ни одну из этических проблем, «поставленных» СПИД, разрешить пока не удалось. Таким образом, пандемия ВИЧ-инфекции еще долго будет ставить перед будущими медиками не только чисто медицинские, но и социально-этические проблемы. Решать их придется не одному поколению врачей России.

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" (с изм. от 12 авг. 1996 г., 9 янв. 1997 г., 7 авг. 2000 г., 22 авг. 2004 г.)

Признавая, что заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире, остается неизлечимым и приводит к неотвратимому смертельному исходу, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для Российской Федерации, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения, а также учитывая необходимость применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации принимает настоящий Федеральный закон.

Статья 1. Основные понятия

В настоящем Федеральном законе применяются следующие понятия:

ВИЧ-инфекция - заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека;

ВИЧ-инфицированные - лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции

1. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Федеральные законы и иные нормативные правовые акты, а также законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут снижать гарантии, предусмотренные настоящим Федеральным законом.

3. Если международными договорами Российской Федерации установлены иные, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, правила, то применяются правила международных договоров.

Статья 3. Применение настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон распространяется на граждан Российской Федерации, на находящихся на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе постоянно проживающих в Российской Федерации, а также применяется в отношении предприятий, учреждений и организаций, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, независимо от их организационно-правовой формы.

Статья 4. Гарантии государства

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в пункт 1 статьи 4 настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

1. Государством гарантируются:

регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;

эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации;

производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;

доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции (далее - медицинское освидетельствование), в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;

предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным - гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;

включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;

социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным - гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;

подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;

развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ-инфекции;

обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

2. Осуществление указанных гарантий возлагается на федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

Статья 5. Гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных

1. ВИЧ-инфицированные - граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом.

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в статью 6 настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

Статья 6. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции

1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых федеральными специализированными медицинскими учреждениями и иными организациями федерального подчинения, относится к расходным обязательствам Российской Федерации.

1.1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации, относится к расходным обязательствам субъектов Российской Федерации.

2. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции рассматривается в приоритетном порядке с учетом необходимости защиты личной безопасности граждан, а также безопасности общества и государства.

Статья 7. Медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование проводится в учреждениях государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения и включает в себя в том числе соответствующее лабораторное исследование, которое проводится на основании лицензии, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения.

3. Медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных статьей 9 настоящего Федерального закона, когда такое освидетельствование является обязательным.

4. Лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие при этом своего законного представителя. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

5. Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

6. Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в пункт 7 статьи 7 настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

7. В учреждениях государственной системы здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно.

Статья 8. Добровольное медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица или с его согласия, а в случаях, указанных в пункте пятом статьи 7, - по просьбе или с согласия его законного представителя.

2. По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным.

Статья 9. Обязательное медицинское освидетельствование

1. Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. Лица, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

3. Работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

Перечень работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров, утвержден постановлением Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. N 877

4. Правила, в соответствии с которыми осуществляется обязательное медицинское освидетельствование лиц в целях охраны здоровья населения и предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, устанавливаются Правительством Российской Федерации и пересматриваются им не реже одного раза в пять лет.

5. Правила обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, устанавливаются Правительством Российской Федерации и пересматриваются не реже одного раза в пять лет.

Статья 10. Условия въезда в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства

Федеральным законом от 12 августа 1996 г. N 112-ФЗ в пункт 1 статьи 10 настоящего Закона внесены изменения

1. Дипломатические представительства или консульские учреждения Российской Федерации выдают российскую визу на въезд в Российскую Федерацию иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев, при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции, если иное не установлено международными договорами Российской Федерации. Данное положение не распространяется на сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств, сотрудников международных межправительственных организаций и членов их семей.

2. Требования к указанному сертификату устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Статья 11. Последствия выявления ВИЧ-инфекции

1. Граждане Российской Федерации в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 12. Право на повторное медицинское освидетельствование

Лицо, прошедшее освидетельствование, имеет право на повторное медицинское освидетельствование в том же учреждении, а также в ином учреждении государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования.

Статья 13. Право ВИЧ-инфицированного на получение информации о результатах медицинского освидетельствования

1. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о результатах освидетельствования и необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об

уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, а также у лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, работники учреждений, указанных в пункте первом настоящей статьи, уведомляют об этом родителей или иных законных представителей указанных лиц.

3. Порядок уведомления лиц, указанных в пунктах первом и втором настоящей статьи, о выявлении у них ВИЧ-инфекции устанавливается соответствующим федеральным органов исполнительной власти.

Статья 14. Права ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи
ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 15. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции
Соответствующие федеральные органы исполнительной власти, координирующие научные исследования, обеспечивают разработку и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также вносят на утверждение Правительства Российской Федерации проект федеральной целевой программы, направленной на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

Статья 16. Обязанности администраций учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным

Администрации учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, обязаны создать условия для реализации предусмотренных настоящим Федеральным законом прав ВИЧ-инфицированных, а также для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ в главу III настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных

Не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

Статья 18. Права родителей, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иных законных представителей ВИЧ-инфицированных - несовершеннолетних

1. Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных - несовершеннолетних имеют право на:

совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;

сохранения непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного - несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным - несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж.

2. Законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут устанавливаться и другие меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

Статья 19. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных - несовершеннолетних
ВИЧ-инфицированным - несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными - несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 20. Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека при оказании им медицинской помощи медицинскими работниками

Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека в результате ненадлежащего исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками учреждений, оказывающих медицинскую помощь, производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в главу IV настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов

1. Какие права существуют у ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи.
2. В чем заключается социальная поддержка ВИЧ-инфицированных?
3. Какие права имеют родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными?
4. Что такое право на повторное медицинское освидетельствование?
5. Что такое добровольное медицинское освидетельствование?

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Лихачев, Владимир Константинович. Оперативное акушерство с фантомным курсом [Текст] : руководство для врачей / В. К. Лихачев. - М. : Медицинское информационное агентство, 2014. - 496 с
2. Ланцев, Е. А. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве : руководство для врачей / Е. А. Ланцев, В. В. Абрамченко. - М. : МЕДпресс -информ, 2010. - 624 с
3. Лихачев, Владимир Константинович. Оперативное акушерство с фантомным курсом [Текст] : руководство для врачей / В. К. Лихачев. - М. : Медицинское информационное агентство, 2014. - 496 с.

Дополнительная:

4. Айламазян, Эдуард Карпович. Акушерство [Текст] : учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян. - 8-е изд., испр. и доп. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2014. - 543 с.
5. Степанова, Р. Н. Практические умения по акушерству и гинекологии [Текст] : учебное пособие / Р. Н. Степанова, С. П. Пахомов. - Ростов н/Д : Феникс, 2010. - 253 с.
6. Адамян, Л.В. Акушерство и гинекология (протоколы лечения) : клинические рекомендации: спецвыпуск / под ред. Л. В. Адамян и др. - М. : Медиа Сфера, 2016 - 471 с.
7. Серов, В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии : в 2-х т. - М. : Литтерра, 2010 Т. 1 : Акушерство, неонатология : руководство для практикующих врачей / под общ. ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. - 2-е изд., испр. и доп. - 2010. - 784 с.
8. Подзолкова, Н.М. Акушерство и гинекология. Дифференциальная диагностика от А до Я : руководство / пер. с англ. Н. М. Подзолковой ; под ред. Т. Холлингуорта. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 400 с.
9. Прилепская, В.Н. Гинекология. Иллюстрированное клиническое руководство : научное издание / под общей ред. В. Н. Прилепской ; пер. с англ. - М. : БИНОМ, 2009. - 464 с.

ЭБС

1. Электронная библиотечная система «Консультант студента» Электронная библиотека медицинского вуза: [Электронный ресурс]. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2017. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru> – индивидуальный; коллективный в Научной библиотеке КемГМА – через IP-адрес академии.
2. Электронная библиотечная система «Национальный цифровой ресурс «Рукопт» / ИТС «Контекстум» [Электронный ресурс]. – М.: Консорциум «Контекстум», 2017. – Режим доступа: <http://www.rucont.ru> через IP-адрес академии.
3. Электронная библиотечная система «Консультант студента»: [Электронный ресурс] / ООО «ИПУЗ» г. Москва. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru> – карты индивидуального доступа.
4. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] / ООО ГК «ГЭОТАР» г. Москва. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru> – с личного IP-адреса по логину и паролю.
5. Электронная библиотечная система «Букап» [Электронный ресурс] / ООО «Букап» г. Томск. – Режим доступа: <http://www.books-up.ru> – через IP-адрес университета, сличного IP-адреса по логину и паролю.
6. Электронно-библиотечная система «ЭБС ЮРАЙТ» [Электронный ресурс] / ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ» г. Москва. – Режим доступа: <http://www.biblio-online.ru> – через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.
7. Информационно-справочная система «Кодекс» с базой данных № 89781 «Медицина и здравоохранение» [Электронный ресурс] / ООО «КЦНТД». – г. Кемерово. – Режим доступа: через IP-адрес университета.