

Министерство Здравоохранения Республики Таджикистан  
Ассоциация врачей дерматовенерологов Республики Таджикистан  
«Зухра»

**ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА  
ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ  
ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

(ИНСТРУКЦИЯ)

**ДУШАНБЕ – 2007**

**Оглавление**

Введение

**стр**

5

Вопросы этики	5
История болезни	6
Показания к обследованию на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)	6
Особенности консультирования по ИППП для женщин, детей и подростков	7
Методика клинического и лабораторного обследования пациентов с ИППП	9
Методика обследования подростков	9
Сифилис	12
Гонорея	21
Урогенитальный хламидиоз	26
Урогенитальный трихомониаз	29
Урогенитальный микоплазмоз	32
Генитальный герпес	34
Бактериальный вагиноз	37
Урогенитальный кандидоз	40
Аногенитальные бородавки	43
Смешанная урогенитальная инфекция	44
Синдромное лечение ИППП	44
Профилактика инфекций, передающихся половым путем	45

Инструкция составлена

- *Директором Ассоциации врачей дерматовенерологов РТ «Зухра», зав. кафедрой дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, член корр. АН РТ, д.м.н., проф. П.Т. Зоировым;*
- *Главным специалистом по дерматовенерологии Министерства Здравоохранения РТ, зав. кафедрой дерматовенерологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров, д.м.н., проф. О.И. Касымовым;*
- *Зам. директора Ассоциации врачей дерматовенерологов РТ «Зухра», доцентом кафедры дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, к.м.н. Р.Д. Дадабаевым;*
- *Старшим преподавателем кафедры дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, к.м.н. Х..И. Алиевым.*

Инструкция предназначена для врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, сексопатологов и составлена на основании многолетнего опыта работы кожноучреждений республики, стран СНГ в соответствии рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ).

Разработка и публикация инструкции были поддержаны со стороны ЮНИСЕФ, в лице координатора программы, направленной на политику развития услуг дружественных молодым людям в Республике Таджикистан, Н.К.Касымовой.

Инструкция рекомендована к изданию Редакционно-Издательским Советом при МЗ РТ (протокол №3 от 21 июля 2007 г).

## Введение

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), занимают ведущее место среди воспалительных заболеваний мочеполовой сферы. Этиология их довольно разнообразна, но эпидемиология, клинические проявления, принципы диагностики, лечения и профилактики являются схожими. Наиболее часто обнаруживаемыми возбудителями данных болезней являются гонококки Нейссера (Нейссерия гонорея), вагинальные трихомонады (Трихомонас вагиналис), хламидии (Хламидия трахоматис), микоплазмы (Микоплазма хоминис и Уреаплазма уреалитикум), грибы рода кандиды (Кандида албиканс), вирус простого герпеса, тип-2 (Вирус герпес хоминис-2), вирус папилломы человека.

Несмотря на многообразие возбудителей, традиционно ИППП ассоциировали с сифилисом, гонореей и трихомониазом. Несмотря на то, что последние встречаются часто, в настоящее время в мире больше к себе привлекают внимание - хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпетическое поражение урогенитальной области и аногенитальные бородавки.

Особенностями современного течения ИППП является их частое перекрещивание друг с другом, доступ к лабораторной диагностике, многоочаговость поражений, малосимптомность, частота и тяжесть осложнений, трудность в проведении правильной терапии и сложность в профилактике.

ИППП рассматриваются как основная причина способствующая нарушению репродуктивной функции, как у мужчин, так и у женщин. Поражения мочеполовой системы ИППП в несколько раз повышают вероятность заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Тенденция к высокой распространенности ИППП и их слабый скрининг с отсутствием эпидемиологического надзора, несовременные и частые некомпетентные подходы специалистов (венерологов, акушеров-гинекологов, урологов, сексопатологов) в профилактике, диагностике, лечении, а также в проведении противоэпидемических мероприятий, способствуют возникновению серьезных последствий и осложнений у больных с ИППП.

В связи с этим, данная проблема диктует сегодня высокую ответственность и важную необходимость в разработке единой комплексной тактики и ведения ИППП, чему и посвящается данная инструкция.

## Вопросы этики

- Конфиденциальность – важна для лиц, консультирующихся по поводу подозрения на ИППП. Лечащим врачам и всему мед персоналу следует строжайшим образом соблюдать конфиденциальность. Пациентов следует поставить в известность о любых допустимых границах конфиденциальности. Эти границы должны соответствовать требованиям системы здравоохранения, юридической системе и общепринятым профессиональным этическим стандартам.
- Психологическое консультирование – это вид психологической помощи, ориентированная на преодоление проблем психологического характера. В случаи обнаружения ИППП у пациента врач-консультант может помочь преодолеть стресс, пережить эмоциональный кризис, лучше понять ситуацию, принять взвешенное решение. В ходе психологического консультирования у пациента появится возможность шире взглянуть на ситуацию, иначе оценить свою роль в ней и, в соответствии с этим новым видением, скорректировать свое поведение, настроенное на диагностику ИППП и лечение.
- Осмотр, обследование и лечение таких лиц следует проводить только после подробного объяснения пациенту всех аспектов, касающихся обследования, и получения на это согласие пациента. При этом, необходимо в соответствующей форме дать пациенту информацию о возможной пользе и риске проводимых мероприятий. Если это не представляется возможным, например, если пациент ребенок или умственно не полноценен, вмешательство врача

происходит только в случае непосредственной пользы для данного лица (с согласия его законного представителя).

### История болезни

должна включать:

- Данные физикального обследования
- Предыдущие диагнозы ИППП
- Оценка рискованного поведения:  
сексуальный анамнез, практика рискованного поведения и способствующие факторы, касающиеся половых партнеров за последние 12 месяцев, виды половых контактов, последовательность и частота использования защитных средств
- Симптомы и диагнозы у полового партнера (ов)
- Опыт лечения (если было таковое) и принимаемые в данный момент медикаменты
- Указание на наличие аллергии к лекарственным средствам
- Для женщин дополнительно сведения о родах и абортах, менструальном цикле, принимаемых контрацептивах
- Специфические факторы риска в отношении заражения инфекциями ВИЧ и вирусных гепатитов В и С.

### Показания к обследованию на ИППП

- Диагноз любого заболевания, передающегося половым путем
- Рискованное в плане заражения ИППП поведение
- Вовлечение в коммерческий секс
- Подозрение на **сексуальное насилие**
- Симптомы или данные физикального обследования, позволяющие предполагать возможное наличие ИППП

У женщин:

- Симптомы в области верхних половых путей, позволяющие думать об инфекционном заболевании органов малого таза.
- Влагалищные выделения
- Введение внутриматочных контрацептивов или запланированное искусственное оплодотворение.

У мужчин:

- Выделения из уретры
- Дизурия
- Кольцевидный баланит
- Боль в яичках

У обоих полов:

- Изъязвления гениталий
- Боли в прямой кишке или выделения
- Моно- или полиартрит
- Половой контакт с человеком, имеющим любой из перечисленных выше симптомов/синдромов.
  - Запланированное введение инструментов в шейку матки и/или уретру.

### Особенности консультирования по ИППП для женщин, детей и подростков

ИППП может поразить любого: мужчину, женщину или ребенка. Однако женщины, дети и подростки относительно больше подвержены заражению. Это обстоятельство требует особого внимания при организации консультативных служб.

Основные принципы консультирования одинаковы для женщин и мужчин, однако, когда клиентом службы консультирования по ИППП становится женщина, некоторые моменты должны быть рассмотрены специально.

Многие женщины, живя либо с половым партнером, либо с мужчинами — членами семьи, находятся с ними в неравноправных отношениях. Консультанту по ИППП, который работает с женщиной, необходимо уделить дополнительное время, чтобы помочь ей оценить и укрепить свои силы для предотвращения заражения ИППП.

Традиционно женщина выступает в роли человека, который оказывает, а не получает помощь, и собственные потребности не являются для нее первостепенными. Поэтому консультирование женщин должно, в частности, помочь им выразить собственные потребности в помощи.

По многим наблюдениям, обычно именно женщины берут вину и ответственность на себя, если дела обстоят плохо, хотя решение о рождении ребенка часто принимает мужчина. Консультирование помогает женщине восстановить информационный баланс, обсудить личные трудности и предложить мужчине совместное принятие подобных решений.

ИППП у ребенка заставляет предположить, что либо его мать тоже инфицирована, либо существуют другие факторы риска. Матери необходима психологическая поддержка, чтобы посмотреть в лицо реальности.

Консультирование подростков и молодежи по ИППП

Консультирование подростков или молодых людей связано с определенными трудностями:

Труднее всего найти равновесие между соблюдением конфиденциальности и юридической ответственностью семьи за подростка. Если подросток находится в плохих отношениях с родителями, он, вероятно, не захочет обращаться в службу, которая может сообщить семье о его заражении ИППП. В таких случаях, молодым людям, которым была бы оказана помощь, приходи они на консультирование, напротив, будут его избегать. Наблюдается такая тенденция: если у клиента-подростка есть какая-то проблема, на него «навешивают ярлык». Например, многие службы автоматически считают, что молодая девушка, имеющая проблемы с наркотиками, также имеет проблемы и с ИППП или не предохраняется от беременности. «Навешивание ярлыков» так влияет на молодых клиентов, что они постепенно теряют чувство собственного достоинства и способность принимать здравые решения.

Консультантам требуется полное понимание молодежной культуры. Иначе маловероятно, что между врачом - консультантом и клиентом состоится диалог, представляющий собой основную характеристику эффективного консультирования. Консультативные службы для молодежи, где они существуют, часто имеют многолетнюю практику и могут предоставлять услуги по консультированию по ИППП там, где это удобнее молодежи и подросткам, а также с учетом некоторых случаев предоставления данных услуг конфиденциально.

## **МЕТОДИКА КЛИНИЧЕСКОГО И ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)**

Проводится для проведения осмотра, назначения терапии и для контроля эффективности лечения. При этом обращается внимание на наличие и характер сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменения в объективном состоянии после проведенного курса лечения.

### **Физикальное обследование**

- Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек.
- Пальпация поверхностных лимфатических узлов: затылочные, подчелюстные, надключичные, подмышечные, паховые, подколенные (для исключения регионарного лимфаденита).
- У женщин произвести пальпацию живота, больших вестибулярных и парауретральных желез, уретры, провести бимануальное гинекологическое обследование.
- У мужчин пропальпировать уретру, предстательную железу и органы мошонки
- Ректоскопия у мужчин и женщин при наличии симптомов поражения прямой кишки или на основании данных сексуального анамнеза.

## **МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ**

Медицинское обследование подростков имеет ряд особенностей. Необходимо также отметить, что методика и подходы в профилактике, диагностике и лечении отличаются для тех несовершеннолетних, которые уже практикуют рискованное поведение (дети улицы, работницы коммерческого секса и мальчики, имеющие половые контакты с однополыми сверстниками).

Соблюдение медицинской этики и основных принципов деонтологии в медицине особенно в подростковом возрасте являются обязательным условием успешной работы врачей и во многом способствуют успеху лечения и профилактики ИППП.

Медицинский осмотр производится только после психологической подготовки и консультирования молодых людей. Цель **психологической адаптации** заключается в убеждении пациента (его родителей или законного представителя) в том, что:

- заболевание наносит ущерб его здоровью, поэтому он нуждается в лечении;
- заболевание не представляет угрозу его жизни при адекватном лечении;
- заболевание представляет опасность для окружающих, чем вызвана необходимость проведения противоэпидемических мероприятий.

Еще до начала обследования врач обязан успокоить пациента, добиться его доверия и расположения. В большинстве случаев помогает заверение врача в том, что мать или доверенное взрослое лицо будут присутствовать при осмотре. Собирая анамнез, лучше беседовать с матерью или взрослым доверенным лицом. Обращается особое внимание на эмоциональную сферу и особенности личности подростка.

Врачу приходится думать не только о ребенке. Прежде всего, необходимо установить контакт с его родителями, которым следует объяснить необходимость медицинского осмотра их ребенка, подчеркивая его безвредность и большое значение для постановки диагноза и своевременного лечения.

Некоторые процедуры (если пациент – девушка) вызывают опасения родителей в связи с возможностью повреждения девственной плевы. Следует объяснить родителям методику процедур, исключающих возможность нанесения травмы.

Девушка не должна видеть приготовленные для исследования инструменты, испачканные кровью перевязочный материал и белье. Многие девушки испытывают чувство неловкости при раздевании перед посторонними, поэтому следует использовать ширмы, которые отделяют пациентку от врача, а также от двери в кабинет. В гинекологическом кресле девушка должна оставаться так долго, насколько это нужно, и столь кратковременно, насколько это возможно. Нельзя оставлять девушку в кресле и продолжать делать записи в медицинской карточке, а тем более отвлекаться на посторонние разговоры. Совершенно недопустимо при осмотре присутствие других пациенток или посторонних лиц.

Атмосфера при обследовании должна быть деловой и дружественной. Во время исследования можно продолжать разговор с девочкой, чтобы таким образом отвлечь ее. В то же время врачу следует контролировать свою мимику, чтобы не пугать девочку. После окончания обследования ребенок должен получить информацию о результате исследования и методах лечения.

Внутренние половые органы у девочек менее доступны для ручного и инструментального обследования, чем у взрослых женщин. Поэтому весьма осторожно следует подходить к вопросу о выборе необходимых инструментов и отдавать предпочтение наименее травматичным. Общее обследование девочки следует начинать с осмотра. Отмечают особенности телосложения, отсутствие или наличие дефектов развития, состояние кожных покровов, выраженность вторичных половых признаков и их соответствие возрасту обследуемой. При оценке полового развития применяют определение морфотипов.

Специальное обследование производится в следующем порядке:

- осмотр наружных половых органов
- осмотр девственной плевы
- взятие мазков для бактериоскопического и бактериологического исследования из преддверия влагалища, уретры, парауретральных ходов, выводных протоков больших вестибулярных желез и из прямой кишки.

При необходимости берется мазок из влагалища для цитологического исследования. Бимануальное влагалищно-брюшностеночное исследование девочек не применяется, а заменяется прямокишечно-брюшностеночным.

## **Кольпоскопия и вагиноскопия**

Это высокоинформативные неинвазивные методы диагностики заболеваний шейки матки и влагалища, а также контроля состояния эпителия данных органов в различные физиологические периоды жизни женщины. При ИППП возможно образование эрозии шейки матки, диспластических изменений эпителия, значительно повышающих риск развития онкологических заболеваний шейки матки.

У девочек осмотр влагалища и влагалищной части шейки матки проводится с помощью детского зеркала с освещением или оптического прибора. Любой из этих приборов следует применять с большой осторожностью, так как неосторожное манипулирование с ним может привести к травматизации гениталий девочки.

**Ректально-абдоминальное исследование.** Бимануальное исследование проводят пальцем, который защищен напальчником и смазан вазелином.

### **Ультразвуковое исследование**

Высокоинформативный неинвазивный метод обследования, применяемый для визуализации внутренних органов с целью оценки их состояния, диагностики возможных осложнений, а также контроля динамики воспалительного процесса.

## Лабораторные исследования пациентов с ИППП

Всех пациентов обследуют на:

- Хламидиоз
- Гонорею
- Сифилис
- ВИЧ инфекцию

На основании симптомов, сексуального анамнеза, данных физикального осмотра проводят обследование на:

- Бактериальный вагиноз
- Трихомониаз
- Урогенитальный кандидоз
- Генитальный герпес
- Аногенитальные бородавки
- Чесотку
- Лобковый педикулез
- Шанкرويد
- Венерическую лимфогранулему
- Паховую гранулему
- Инфицирование вирусом гепатита В и С

При обнаружении случаев сифилиса, гонококковой инфекции и других ИППП все лечебные учреждения, независимо от форм собственности, занимающиеся диагностикой и лечением заболеваний, передающихся половым путем обязаны заполнять на каждый случай диагностируемого заболевания специальные извещения (форма № 089/ у-кв) - опуская заполнение реквизитов, касающихся профессиональной деятельности больного, «источника» заражения (кроме бытовых контактов малолетних детей с больными матерями). В случае если пациент, получает конфиденциальное (анонимное) лечение, то фамилия не указывается – только имя или код.

### СИФИЛИС (код по МКБ 10: A51.0)

#### Определение

Это общее инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, склонное без лечения к хроническому течению и рецидивам, способное поражать все органы и системы организма больного.

#### 1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Противосифилитическое лечение назначается только после установления диагноза. Диагноз обязательно подтверждается обнаружением возбудителя и/или результатами серологического обследования (комплекс серологических реакций – КСР, реакция пассивной гемагглютинации – РПГА, реакция иммунофлюоресценции – РИФ, реакция иммобилизации бледных трепонем – РИТ, реакция иммуноферментного анализа - ИФА). Кроме этого, каждый пациент должен быть тщательно обследован с целью исключения патологии внутренних органов и нервной системы. Обязательным является обследование на ВИЧ и другие ИППП (гонорея, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, остроконечные кондиломы, папилломы, простой герпес, гарднереллез и др.).

Лечение сифилиса проводится антибиотиками перманентно. По-прежнему, ведущее место в его терапии занимают препараты пенициллинового ряда.

##### 1.1 Превентивное лечение

1.1.1. Бензатин бензилпенициллин ( Экстенциллин, ретарпен) 2,4 млн ЕД в/м однократно.

1.1.2. Бициллин -3 по 1,8 млн ЕД или бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м дважды (в течение недели).

1.1.3. Прокаиин бензилпенициллин по 1,2 млн ЕД в/м 1 раз в день или новокаиновая соль бензилпенициллина по 600 000 ЕД в/м 2 раза в день в течение 7 дней.

Превентивное лечение назначается:

- Половым партнерам больных с ранними формами сифилиса, в том случае, если нет ни клинических, ни лабораторных данных за сифилис, но возможность инфицирования не

исключается и время от момента последнего контакта прошло не более 3 месяцев. Если прошло более 3 месяцев, то эти люди обследуются клинико-серологически и при отрицательных результатах не лечатся и на учет не берутся. Если до привлечения к обследованию по какой-либо причине пациент получал антибиотики, а результаты КСР и РИФ оказались отрицательны, то он переводится на сероконтроль сроком на 3 месяца.

- Лицам, имевшим тесный бытовой контакт (преимущественно детям до 12 лет) с больными (особенно матери и обслуживающий персонал) вторичным и ранним скрытым сифилисом, вопрос решается индивидуально.
- Грудным детям превентивное лечение назначается при раннем сифилисе у матери (первичный или вторичный свежий).
- При трансфузии крови больных сифилисом и гемотерапии, если прошло не более 3 месяцев. Если прошло от 3 до 6 месяцев, то реципиент подлежит клинико-серологическому контролю дважды с интервалом в 2 месяца.
- Больным гонореей с невыявленными источниками заражения (половыми партнерами) в случаях невозможности установления за ними диспансерного наблюдения (лица без определенного места жительства – БОМЖи, без определенного рода занятий – БОЗы, лица ведущие аморальный образ жизни, проститутки).

## 1.2 Профилактическое лечение

Проводится по схеме лечения ранних форм сифилиса (см. раздел: «Лечение раннего сифилиса») и назначается:

1.2.1. Беременным женщинам, находящимся на сероконтроле по поводу раннего сифилиса, при наличии положительной серореакции.

1.2.2. Детям, родившимся от матерей, страдающих сифилисом, но не леченных или недолеченных. При клиническом, рентгенологическом и серологическом обследовании у детей данные за сифилис отсутствуют, но возможность инфицирования не исключается.

С целью индивидуализации терапии каждый больной сифилисом до лечения тщательно обследуется клинико-лабораторно не только с целью выявления болезней полового происхождения, но и с целью исключения соматической патологии. Исследование спинномозговой жидкости с диагностической целью проводится пациентам с клиническими симптомами поражения нервной системы, а также со скрытым и врожденным сифилисом.

Лечение больных с ранним сифилисом желательно проводить стационарно. Не адаптированные, гомосексуалисты, бисексуалы, наркоманы, токсикоманы, проститутки, лица, ведущие беспорядочную половую жизнь и декретированный контингент лечатся только стационарно. Вопрос о стационарном или амбулаторном лечении другого контингента больных должен решаться индивидуально.

До введения антибиотиков тщательно собирается аллергологический анамнез. При отсутствии указаний на прием антибиотиков и наличие аллергических заболеваний делается запись в амбулаторной карточке или в истории болезни «Указаний на непереносимость антибиотиков и аллергических болезней в анамнезе нет». За 30 минут до введения первой инъекции препаратов пенициллина назначается 10 мг преднизолона внутрь. Перед приемом антибиотиков желательно провести подъязычную пробу. При сочетании сифилиса с аллергическими заболеваниями противосифилитическое лечение сочетается с антиаллергическим, последнее предшествует первому.

При наличии непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда лечение проводится другими антибиотиками. Методика применения приводится в соответствующих разделах.

Во избежание непредвиденных обстоятельств до начала введения антибиотиков нужно удостовериться в наличии в процедурном кабинете противошоковой аптечки и уметь оказывать квалифицированную первую помощь при возникновении анафилактической реакции.

При возникновении реакции обострения общей и местной характеру противосифилитическое лечение не прекращается.

При сочетании сифилиса с другими ИППП лечение проводится параллельно (см. в соответствующем разделе).

До начала лечения все больные сифилисом знакомятся со статьей 126 УК РФ.

## 2. ЛЕЧЕНИЕ РАННЕГО СИФИЛИСА

Сифилис называется ранним в тех случаях, когда давность заболевания составляет до 2-х лет. К ним относятся первичный, вторичный и ранний скрытый сифилис. Прогноз этих форм сифилиса для пациентов является благоприятным, так как появившиеся экзантемы и/или энантемы, поражение различных органов и систем под влиянием противосифилитического лечения (быстрее) или самопроизвольно (медленнее) проходят и функция пораженного органа восстанавливается полностью.



## **2.1. Лечение новокаиновой солью бензилпенициллина.**

2.1.1. Лечение проводится внутримышечными инъекциями новокаиновой соли бензилпенициллина по 600 000 ЕД 2 раза в сутки через равные интервалы времени в течение 14-ти дней.

2.1.2. Лечение новокаиновой солью бензилпенициллина лимфотропно проводится один раз в сутки по 600 000 ЕД. Продолжительность лечения составляет 15 дней.

Методика лимфотропного введения: больным в горизонтальном положении препарат вводится в верхнюю треть задней поверхности голени с предварительным наложением на бедро манжетки от тонометра с давлением в 40мм рт. столба, которое поддерживается на протяжении 1,5 – 2 часов от момента подкожного (желательно) или внутримышечного введения антибиотика. Инъекции каждый день чередуются в правую и левую голень.

## **2.2. Лечение водорастворимым прокаин-бензилпенициллином**

Лечение проводится водорастворимым прокаин-бензилпенициллином по 1,2 млн ЕД один раз в сутки или по 600 000 ЕД два раза в сутки внутримышечно в течение 14 дней.

## **2.3. Лечение водорастворимым бензилпенициллином с учетом объема циркулирующей крови при назначении разовой дозы**

Лечение проводится путем внутримышечного введения водорастворимого бензилпенициллина через каждые 3-4 часа в течение 14-ти дней.

Разовая доза определяется из расчета 50 ЕД пенициллина на 1мл циркулирующей крови. Объем циркулирующей крови составляет 7% массы тела.

Пример: если масса тела составляет 60кг, то расчет проводится следующим образом:

$$60\text{кг} - 100\%X = \frac{60 \times 7}{100} = \frac{420}{100} = 4,2 \text{ литра или } 4200 \text{ мл}$$

X кг – 7%

умножается на 50 ЕД и полученная цифра (4200 x 50 = 210000 ЕД) составляет вводимую разовую терапевтическую дозу, ниже которой данному больному вводить нельзя.

## **2.4. Лечение дюранными препаратами пенициллина**

2.4.1. Бензатин бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен) по 2,4 млн ЕД в/м трижды с 7-дневным интервалом ( 1-,8- и 15-й день) или бициллин-1 по 2,4млн ЕД в/м шесть раз с интервалом в 5 дней ( 1-,6-,11-, 16-,21- и 26-й день).

2.4.2. Бициллин-3 по 1,8 млн ЕД в/м или бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м всего 5 доз, вводимых 2 раза в неделю.

## **2.5. Лечение раннего сифилиса при непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда**

При непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда могут быть применены антибиотики широкого спектра действия – тетрациклин, эритромицин, которые назначаются внутрь по 500 мг через каждые 6 часов в течение 20-ти дней.

Доксициклин назначается по 100 мг 2 раза в день в течение 20-ти дней, азитромицин по 500 мг перорально один раз в день в течение 10 дней.

Примечание: Во время беременности препараты тетрациклинового ряда (тетрациклин, доксициклин) не назначаются.

## **3. ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНЕГО СИФИЛИСА**

Сифилис считается поздним, когда давность заболевания более 2-х лет (поздний скрытый сифилис, третичный период сифилиса, висцеральный сифилис, нейросифилис).

### **3.1. Лечение новокаиновой солью бензилпенициллина внутримышечно**

Лечение проводится внутримышечными инъекциями новокаиновой соли бензилпенициллина по 600 000 ЕД 2 раза в сутки через равные интервалы времени в течение 30-ти дней.

### **3.2. Лечение новокаиновой солью бензилпенициллина лимфотропно**

Лечение проводится путем лимфотропного введения 600 000 ЕД новокаиновой соли бензилпенициллина один раз в сутки в течение 1 месяца. Методика лимфотропного введения антибиотика изложена в разделе «Лечение раннего сифилиса».

### **3.3. Лечение бициллином-3 внутримышечно**

Лечение проводится путем внутримышечного введения бициллина-3 по 600 000 ЕД один раз в сутки в течение 30-ти дней или по 1,8 млн ЕД 1 раз в 3 дня – всего 10 инъекций.

### **3.4. Лечение водным раствором прокаин-бензилпенициллина внутримышечно**

Лечение проводится водным раствором прокаин-бензилпенициллина внутримышечно по 1,2 млн ЕД один раз в сутки в течение 30-ти дней.

### **3.5. Лечение водорастворимым прокаин-бензилпенициллином лимфотропно**

Лечение проводится водорастворимым прокаин-бензилпенициллином по 600000 ЕД лимфотропно один раз в сутки в течении 30-ти дней. Методика лимфотропного введения описана выше.

### **3.6. Лечение бензилпенициллином внутримышечно с учетом объема циркулирующей крови при назначении разовой дозы**

Лечение проводится внутримышечными введениями бензилпенициллина через каждые 3 часа (особенно при патологии ликвора и нейросифилисе). Разовая доза индивидуальна и определяется с учетом объема циркулирующей крови из расчета 50 ЕД/мл. Методика определения описана выше. Продолжительность лечения составляет 30 дней.

При выборе методов лечения ранних и поздних форм сифилиса предпочтение отдается лимфотропному способу введения антибиотиков.

### **3.7. Лечение позднего сифилиса при непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда**

При непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда лечение позднего сифилиса рекомендуется проводить тетрациклином или эритромицином по 500 мг через каждые 6 часов в течение 30-ти дней или доксициклином по 100 мг 2 раза в день в течение 30-ти дней.

## **4. ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (висцеральный сифилис)**

Поражение внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, печени, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, почек и мочевыводящих путей) может наблюдаться как при ранних, так и при поздних формах сифилиса, но первое место по частоте занимает сердечно-сосудистая система, второе – печень. Поражения органов дыхания регистрируются реже.

При наличии эфлоресценции на коже или видимых слизистых оболочках, а также симптомов поражения какого-то висцерального органа, нетрудно заподозрить (если у больного до этого отсутствовали заболевания внутренних органов) наличие специфического поражения, хотя патогномичные симптомы, свойственные сифилитическому поражению, отсутствуют.

Практически важно выявление висцерального сифилиса. Естественно, этот диагноз должен быть подтвержден не только клинически, но и лабораторно. Немаловажное значение в подтверждении предполагаемого диагноза (поражения внутренних органов) имеет хороший терапевтический эффект от проведенного противосифилитического лечения.

Большие трудности возникают при диагностике висцерального сифилиса, наблюдаемые при скрытых формах болезни. В таких случаях следует руководствоваться совокупностью не только клинико-лабораторных данных (КСР, РИТ, РИФ и др.), но надо учесть и данные анамнеза, прежде всего возраст, образ жизни пациента (сексуальный), динамику патологического процесса под влиянием проводимой противосифилитической терапии.

Лечение висцерального сифилиса зависит от его давности (ранний или поздний) и проводится в соответствии с установленным диагнозом по одной из соответствующих схем, изложенных ниже:

### **Лечение раннего висцерального сифилиса**

1. Натриевая соль бензилпенициллина по 1млн ЕД в/м 4 раза в день в течение 20 дней.
2. Новокаиновая соль бензилпенициллина по 600 000 ЕД в/м 2 раза в день или прокаин-пенициллин по 1.2 млн ЕД в/м 1 раз в день в течение 20 дней.

### **Лечение позднего висцерального сифилиса**

1. Натриевая соль бензилпенициллина по 400 000 ЕД в/м 8 раз в день в течение 28 дней, затем после 2-недельного перерыва повторный курс в течение 14 дней.
2. Новокаиновая соль бензилпенициллина по 600 000 ЕД в/м 2 раза в день в течение 28 дней, затем после 2-недельного перерыва повторный курс в течение 14 дней по той же схеме.

Лечение нужно начинать с назначения перед первым курсом пенициллина в течение 2 недель перорального антибиотика широкого спектра действия(тетрациклин или эритромицин по 500 мг 4 раза в день).

Дополнительно назначаются (по консультации специалистов) средства, улучшающие функцию пораженного органа.

## **5. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ**

Поражение нервной системы может наблюдаться при всех формах сифилиса, даже в инкубационном периоде, встречается в виде монополиневрита, менингита, миелита, менингомиелита, энцефалита. При раннем сифилисе чаще в процесс вовлекаются мозговые оболочки (мезенхимный сифилис), при позднем –

вещество мозга (паренхимный сифилис). Поражение нервной системы при раннем сифилисе является обратимым, а при позднем (прогрессивный паралич, спинная сухотка, табопаралич) – стабильным. В верификации диагноза «нейросифилис» большое значение имеют консультации невропатолога, психиатра, окулиста. При постановке диагноза учитывается не только клиническая картина, психо-неврологические исследования, результаты серологических реакций (КСР, РИТ, РИФ), но и результаты изучения спинномозговой жидкости. В последней важно не только определение белка, клеточных элементов, глобулиновых реакций (реакция Панди, Нонне-Апельта), реакция Ланге с коллоидным золотом, но и постановка КСР, а также РИТ и РИФ.

Лечение нейросифилиса зависит от установленного диагноза ранней или поздней формы болезни и проводится в стационаре под наблюдением врача.

#### ***Лечение раннего нейросифилиса***

1. Натриевая соль бензилпенициллина по 10 млн ЕД в/в в 400 мл изотонического раствора 2 раза в день (вводить 1,5-2 часа) в течение 14 дней.

2. Натриевая соль бензилпенициллина по 2-4 млн ЕД в/в 6 раза в день в течение 14 дней.

#### ***Лечение позднего нейросифилиса***

Рекомендуемые схемы те же, что и при раннем нейросифилисе, но с дополнительным повторным курсом после 2-недельного перерыва.

Противосифилитическое лечение проводится параллельно со средствами, улучшающими функциональное состояние нервной системы согласно рекомендации специалистов.

### **6. ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА У БЕРЕМЕННЫХ**

Лечение беременных, страдающих сифилисом, в зависимости от установленного диагноза проводится согласно схемам раннего или позднего сифилиса. При непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда необходимо использовать препараты, допущенные (рекомендуемые) для лечения беременных (см. раздел «Лечение раннего или позднего сифилиса»).

Если беременные находятся на сероконтроле и результаты комплексных серологических реакций положительны, то таким женщинам назначается профилактическое лечение во второй половине беременности по схеме раннего сифилиса.

При отрицательных серологических реакциях до наступления беременности и во время беременности, профилактическое лечение не назначается.

### **7. ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА У ДЕТЕЙ**

Сифилис у детей может быть врожденным или приобретенным.

Врожденный сифилис наблюдается при наличии сифилиса (в основном раннего) у беременных женщин.

Приобретенным сифилисом дети могут заболеть при половом (в основном), реже при тесном бытовом контакте при наличии манифестного сифилиса у членов семьи, прежде всего у матери.

Лечение детей рекомендуется проводить только антибиотиками пенициллинового ряда.

#### ***7.1. Лечение детей с приобретенным сифилисом***

Лечение проводится пенициллином. Пенициллин рекомендуется вводить внутримышечно через каждые 4 часа по 50 000 ЕД.

Детей старше 2-х лет можно лечить дюрантными препаратами пенициллина. При весе больного до 50 кг новокаиновая соль бензилпенициллина вводится по 300 000 ЕД 2 раза в день; бициллины – по 300 000 ЕД 1 раз в день. При весе больного свыше 60 кг новокаиновая соль бензилпенициллина назначается по 600 000 ЕД 2 раза в день, бициллины – по 600 000 ЕД 1 раз в день.

При раннем сифилисе продолжительность лечения составляет 15 дней, при позднем – 30 дней.

#### ***7.2. Лечение детей с врожденным сифилисом***

При патологии спинномозговой жидкости лечение проводится только водорастворимым пенициллином. При нормальном ликворе водорастворимым пенициллином и его дюрантными препаратами. Продолжительность лечения составляет 30 дней.

Разовые дозы пенициллина и бициллина, интервалы между инъекциями такие же, как при лечении приобретенного сифилиса у детей.

При непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда лечение проводят эритромицином. При раннем врожденном сифилисе перорально по 0,1г каждые 6 часов, при позднем по 0,25г каждые 6 часов. Продолжительность лечения 30 дней.

### **8. ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА ПРИ СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ИППП**

При выявлении у больного сифилисом гонореи, трихомониаза, хламидиоза или других урогенитальных инфекций, их лечение проводят параллельно с лечением сифилиса.

### **8.1. Лечение сифилиса при сочетании с ВИЧ инфекцией**

При выявлении у больного ВИЧ-антител он вначале направляется для дальнейшего обследования и наблюдения в региональный центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

Лечение сифилиса у ВИЧ инфицированных больных проводится в кож-вен. учреждениях с учетом стадии сифилитической инфекции по методикам, идентичным таковым у ВИЧ неинфицированных больных.

## **9. КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПРОТИВОСИФИЛИТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

После окончания противосифилитического лечения больные переводятся на клинико-серологический контроль. Сроки наблюдения зависят от давности сифилитической инфекции.

### **9.1. Длительность клинико-серологического контроля после превентивного лечения**

Клинико-серологический контроль после превентивного лечения составляет 3 месяца. Кровь на КСР проверяется один раз в 3 месяца. Через 3 месяца, при отсутствии данных за сифилис, пациент снимается с учета.

### **9.2. Длительность клинико-серологического контроля после окончания лечения по поводу раннего сифилиса**

Клинико-серологический контроль после окончания лечения по поводу раннего сифилиса составляет 1 год.

Кровь на КСР проверяется через 3, 6 и 12 месяцев. При отрицательных результатах КСР и консультации специалистов (терапевта, невропатолога, окулиста, отиатра) пациенты снимаются с учета.

Если за указанный срок КСР не негативировались полностью, то тактика ведения таких больных решается индивидуально экспертной комиссией по венерическим болезням, функционирующей при кож-вен учреждении.

### **9.3. Длительность клинико-серологического контроля после окончания лечения по поводу позднего сифилиса**

Клинико-серологический контроль после окончания лечения по поводу позднего сифилиса составляет 2 года. В течение первого года кровь на КСР проверяется один раз в 3 месяца, второго – один раз в 6 месяцев. Пациенты снимаются с учета при отрицательных результатах КСР и консультации специалистов (терапевта, невропатолога, психиатра, окулиста, отиатра).

Если серологические реакции не негативировались в течении 1,5 лет, то тактика ведения таких больных решается индивидуально экспертной комиссией по венерическим болезням.

### **9.4. Серорезистентный сифилис**

Данный диагноз устанавливается после окончания полноценного противосифилитического лечения и нахождения на серологическом контроле. При раннем сифилисе через 12 месяцев, при позднем – через 1,5 года.

До установления этого диагноза больные тщательно обследуются параклинически (терапевтом, невропатологом, окулистом, отиатром). Необходимо (анамнестически) исключить суперинфицирование. Дальнейшая тактика ведения таких больных решается экспертной комиссией по венерическим болезням.

### **9.5. Длительность клинико-серологического контроля детей, получавших профилактическое лечение**

Клинико-серологический контроль детей, получавших профилактическое лечение, составляет 2 года. В течение первого года кровь на КСР проверяется через 3, 6 и 12 месяцев, а второго года через 6 месяцев (2 раза в год).

Перед снятием с учета дети всесторонне обследуются, особенно у невропатолога, окулиста, отиатра, педиатра. При отсутствии данных за сифилис дети снимаются с учета.

### **9.6. Длительность клинико-серологического контроля детей после окончания лечения по поводу врожденного сифилиса**

Клинико-серологический контроль детей после окончания лечения по поводу врожденного сифилиса составляет 2 года. В течение первого года кровь на КСР проверяется ежеквартально, второго – один раз в 6 месяцев. Дети снимаются с учета после негативации КСР и консультации специалистов. Если через год после окончания полноценного противосифилитического лечения серологические реакции не негативировались, то вопрос о дальнейшей тактике ведения таких детей решается индивидуально экспертной комиссией по венерическим болезням.

### **9.7. Тактика наблюдения и снятия с учета детей с приобретенным сифилисом**

Тактика наблюдения и снятия с учета детей с приобретенным сифилисом не отличается от взрослых.

## **ГОНОРЕЯ (код по МКБ 10: A54.0)**

### **Определение.**

Гонорея – инфекционное заболевание, передаваемое половым путем.  
Возбудитель - *Neisseria gonorrhoeae*.

### **Классификация:**

А 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез (включает: уретрит, цистит, вульвовагинит, цервицит)

А 54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез

А 54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (включает: эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин)

А 54.3 Гонококковая инфекция глаз (включает: конъюнктивит, иридоциклит, гонококковая офтальмия новорожденных)

А 54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы (включает: артрит, бурсит, остеомиелит, синовит, теносиновит)

А 54.5 Гонококковый фарингит

А 54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области

54.8 Другие гонококковые инфекции (включают: абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, перитонит, пневмония, сепсис, поражение кожи).

### **Спектр обязательных диагностических и лечебных мероприятий.**

#### **Лабораторные исследования.**

Верификация диагноза гонореи базируется на обнаружении *Neisseria gonorrhoeae* с помощью:

-микроскопического исследования мазков из уретры, цервикального канала, прямой кишки (окраска по Граму) – выявление типичных Грам-отрицательных диплококков;

-культурального исследования - для выявления чистой культуры типичных Грам-отрицательных, оксидазо-положительных диплококков. У девочек и женщин старше 60-лет – только культуральные исследования с определением ферментативных свойств *Neisseria gonorrhoeae*.

-молекулярно- биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N.gonorrhoeae*

#### **Кратность исследований.**

До лечения, затем через 14 дней после окончания лечения (дальнейшие исследования – по показаниям).

#### **Исследование крови:**

-постановка комплекса серологических реакций на сифилис;

-определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С.

#### **Кратность исследований**

До лечения и повторно через 3 месяца (при неустановленном источнике инфицирования).

#### **Дополнительные исследования:**

-клинический анализ крови и мочи;

-биохимический анализ крови;

-УЗИ органов малого таза.

Целесообразность проведения провокаций решается индивидуально лечащим врачом.

#### **Ведение половых партнеров**

Обязательному обследованию и, при необходимости лечению, подлежат все партнеры больных с симптомами, если они имели половой контакт с больными за последние 14 дней, или обследуется и лечится последний половой партнер, если контакт был ранее. При отсутствии симптомов у больного гонореей обследованию и лечению подлежат все половые партнеры за последние 60 дней. На первичном приеме необходимо убедить пациента в проведении исследований на другие ИППП (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, ВИЧ, вирусные гепатиты В, С и др.).

При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется повторное серологическое обследование на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С - через 3 и 6 месяцев.

В период лечения и диспансерного наблюдения половая жизнь без использования презерватива не рекомендуется.

## ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ

### **Гонорея нижних отделов мочеполового тракта без осложнений**

#### **Рекомендуемые схемы:**

**Цефтриаксон**

250 мг в/м однократно,

или

**Цефиксим (Цефорал)** 400 мг (1 шт однократно) внутрь

или

**Азитромицин**

1 г внутрь однократно

#### **Альтернативные схемы:**

**Офлоксацин**

400 мг внутрь однократно,

или

**Спектиномицин**

2,0 г в/м однократно,

или

**Цефоперазон (цефобид)**

500 мг однократно в/м

или

**Цефодизим**

500 мг однократно в/м

### **Гонорея нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями,**

### **Гонорея верхних отделов и органов малого таза**

#### **Рекомендуемые схемы:**

**Цефтриаксон**

1г в/м или в/в каждые 24 часа в течении 14 дней

#### **Альтернативные схемы:**

**Спектиномицин**

2,0 г в/м каждые 12 часов,

или

**Цефоперазон (цефобид)**

1,0 г в/м или в/в каждые 12 часов,

или

**Цефотаксим (клафоран)**

1,0 г в/в каждые 8 часов

Рекомендуемая или альтернативная схемы лечения могут продолжаться не менее 24-48 часов. После разрешения клинической симптоматики и при наличии показаний, лечение может быть продолжено перорально еще в течение 7 суток одним из следующих препаратов:

**Цефиксим (Цефорал)**

400 мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней

**Офлоксацин**

400 мг внутрь каждые 12 часов,

**Ципрофлоксацин**

500 мг внутрь каждые 12 часов

## **Лечение беременных**

## **РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ:**

### **Цефтриаксон**

250 мг в/м однократно, или

или

**Цефиксим (Цефорал)** 400 мг (1 шт однократно) внутрь

### **Альтернативные схемы:**

#### **Спектиномицин**

2г в/м однократно, или

#### **Эритромицин**

400 000 ЕД внутрь 6 раз в сутки в течение 2 дней, затем 400 000 ЕД 5 раз в сутки. Курсовая доза 8.8 млн. ЕД.

**Джозамицин (Вильпрофен)** 500мг 3 раза в день во внутрь 7-10 дней

### **Гонококковый конъюнктивит**

#### **Рекомендуемая схема:**

#### **Цефтриаксон**

1. в/м однократно.

### **Лечение офтальмии новорожденных**

#### **Рекомендуемая схема:**

#### **Цефтриаксон**

25-50 мг / кг массы тела (не более 125 мг) в/м или в/в 1 раз в сутки в течение 2-3 дней

или

**Цефотаксим (клафоран)** 100 мг/кг в/м 2 раза в сутки

### **Профилактика офтальмии новорожденных**

#### **Рекомендуемые схемы:**

#### **Нитрат серебра**

водный раствор 1% однократно по 2-3 капли в каждый глаз, или

#### **Эритромицин**

глазная мазь 0,5%-1% однократно сразу после рождения

### **Гонококковый фарингит**

#### **Цефтриаксон**

250 мг в/м однократно, или

#### **Цефиксим (Цефорал Солютаб)**

400 мг внутрь однократно.

### **Альтернативные схемы:**

#### **Ципрофлоксацин**

500 мг внутрь однократно или

#### **Доксициклин (Юнидокс Солютаб)**

100 мг внутрь каждые 12 часов в течении 7 дней.

### **Аноректальная гонорея**

#### **Рекомендуемые схемы:**

#### **Цефтриаксон**

250 мг в/м однократно, или

#### **Цефиксим (Цефорал)**

400 мг внутрь однократно.

### **Альтернативные схемы:**

#### **Ципрофлоксацин**

500 мг внутрь однократно, или

#### **Цефоперазон**

500 мг в/м однократно

### **Гонококковая инфекция у детей**

#### **Рекомендуемая схема:**

#### **Цефтриаксон**

При массе тела менее 45 кг-125 мг в/м однократно

### **Альтернативная схема:**

#### **Спектиномицин**

При массе тела менее 45 кг - 40 мг на 1 кг массы тела в/м однократно.

При массе тела более 45 кг применяются схемы лечения для взрослых с учетом противопоказаний к назначению препаратов.

#### **Лечение осложнений неонатальной гонококковой инфекции**

##### **Рекомендуемая схема:**

##### **Цефтриаксон**

25-50 мг на 1 кг массы тела в/м или в/в 1 раз в сутки в течении 7 дней.

При менингите – не менее 10-14 дней.

##### **Альтернативная схема:**

##### **Цефотаксим**

25 мг на 1 кг массы тела в/м или в/в каждые 12 часов в течении 7 дней.

При менингите –10-14 дней.

#### **Профилактическое лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонореей.**

##### **Рекомендуемая схема:**

##### **Цефтриаксон**

25-50 мг на 1 кг массы тела (не более 125 мг) в/м однократно.

##### **Показания к стационарному лечению.**

Гонорея у детей, беременных, осложненное течение гонококковой инфекции (эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, простатит, эпидидимит, конъюнктивит, поражение сердечно-сосудистой, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и т.п.). Продолжительность стационарного лечения определяется характером клинических проявлений и степенью тяжести воспалительного процесса, и составляет 2-4 недели.

##### **Требования к результатам лечения.**

Эрадикация *Neisseria gonorrhoeae* и разрешение клинических проявлений гонококковой инфекции.

##### **Тактика при отсутствии эффекта лечения.**

- Определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибиотикам.
- Определение β-лактамазной активности *N. gonorrhoeae* (при наличии показаний).
- Назначение антибиотика (или комбинации препаратов) других химических групп.

#### **Требования к режиму труда, диеты, отдыха, лечения и реабилитации.**

Во время лечения пациенту запрещается употреблять алкоголь. Запрещены незащищенные половые контакты. Также рекомендуется половое воздержание до получения отрицательных результатов исследования. Больному рекомендуется лечебно-охранительный режим, ограничение трудовой активности.

Больным рекомендуется диета с повышенным содержанием белка, витаминов и повышенным потреблением жидкости.

##### **Установление излеченности**

Установление клинико-микробиологических критериев излеченности гонококковой инфекции проводится через 14 дней после окончания лечения(дальнейшее лечение по показаниям). Материал для бактериоскопического и бактериологического исследования берут из всех очагов повреждения. При установленном источнике инфицирования и отрицательных результатах обследования на гонорею пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

### **УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ (МКБ 10 Раздел А.56)**

#### **Определение.**

Урогенитальный хламидиоз – инфекционное заболевание, передаваемое половым путем.

Возбудитель – *Chlamydia trachomatis*.

#### **Классификация:**

А 56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта. Хламидийный: цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит

А 56.1 Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов. Хламидийные: эпидидимит (N 51.1), воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (N74.4), орхит (N 51.1)

А 56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области

А 56.4 Хламидийный фарингит

А 56.8 Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации

А 74.0 Хламидийный конъюнктивит (H 13.1)

#### **Спектр обязательных диагностических и лечебных мероприятий.**

##### **Лабораторные исследования.**



- молекулярно- биологические методы, направленные на обнаружении специфических фрагментов ДНК и/или РНК *S. trachomatis*.
- выявление *S. trachomatis* в культуре клеток

Другие методы лабораторных исследований, в том числе прямая иммуофлюоресценция (ПИФ), иммуоферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *S. Trachomatis*, микроскопический и морфологический методы недопустимо использовать для диагностики хламидийной инфекции..

Верификация диагноза базируется на обнаружении *Chlamydia trachomatis* с помощью двух методов, один из которых ПЦР.

#### **Кратность исследований.**

До лечения и через 2 недели после окончания лечения с использованием метода амплификации РНК (NASBA), через 4 недели после лечения с использованием метода амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени). Далее по показаниям.

#### **Дополнительные исследования:**

- постановка комплекса серологических реакций на сифилис;
- определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С.
- клинический анализ крови и мочи;
- биохимический анализ крови;
- УЗИ органов малого таза.
- консультация соответствующих специалистов;
- иммунный статус.

Показания к проведению дополнительного обследования, его объем и кратность определяются характером клинических проявлений и степенью выраженности хламидийной инфекции.

#### **Ведение половых партнеров**

Обязательному обследованию и, при необходимости лечению, подлежат все партнеры, находившиеся в половом контакте с больным. В период лечения и диспансерного наблюдения половая жизнь не рекомендуется, либо используется презерватив.

## **ЛЕЧЕНИЕ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

### **ЛЕЧЕНИЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНЕГО ОТДЕЛА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ (А 56.0), АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ (А 56.3), ХЛАМИДИЙНОГО ФАРИНГИТА (А 56.4), ХЛАМИДИЙНОГО КОНЬЮКТИВИТА (А 74.0).**

#### **Рекомендуемые схемы:**

- Джозамицин (Вильпрофен)** 500 мг внутрь 3 раза в день 7 дней
- или
- Доксициклин моногидрат (Юнидокс Солютаб)**  
200 мг внутрь – первый прием, затем 100 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней.
- Азитромицин**  
1,0 г внутрь однократно,
- или
- .

#### **Альтернативные схемы:**

- Эритромицин**  
500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 10 дней.
- Офлоксацин**  
400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней, или
- Рокситромицин**  
150 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней, или
- Левифлоксацин**  
500 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 10 дней.

## ХЛАМИДИОЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ, ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И ДРУГИХ ОРГАНОВ

Назначаются схемы лечения, изложенные в разделе «Лечение неосложненного хламидиоза нижних отделов мочеполовых органов», но длительность применения указанных препаратов составляет не менее 14-21 дня.

### Лечение беременных

#### НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ХЛАМИДИОЗ

##### Рекомендуемые схемы:

###### **Джозамицин (Вилпрофен)**

500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.

###### **Эритромицин**

500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 10 дней.

Доксициклин моногидрат (Юнидокс Солютаб)

100 мг внутрь 2 раза в сутки в течении 14-21 дней

Альтернативные схемы:

###### **Эритромицин**

250 мг внутрь 6 раза в сутки в течение 14 дней.

или

###### **Кларитромицин**

250 мг внутрь каждые 12 часов в течение 10 дней.

## ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ

##### Рекомендуемые схемы:

Новорожденные и дети с массой тела менее 45 кг

**Джозамицин (Вилпрофен Солютаб)** 50 мг/кг массы тела в сутки разделенная на 3 приёма в течение 7 дней.

**Эритромицин** 50 мг на кг массы тела внутрь 4 раза в сутки в течение 10-14 дней.

## ХЛАМИДИЙНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ И ПНЕВМОНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

### **Эритромицин**

50 мг/кг массы тела внутрь 4 раза в сутки и

### **Эритромицин**

глазная мазь 1% 2 раза в сутки в течение 14 дней

### **Показания к стационарному лечению.**

Развитие осложнений (воспалительный процесс органов малого таза, болезнь Рейтера и т.п.). Продолжительность стационарного лечения определяется характером клинических проявлений и степенью выраженности воспалительного процесса.

### **Требования к результатам лечения.**

Эрадикация *Chlamydia trachomatis* и разрешение клинических проявлений хламидийной инфекции.

### **Тактика при отсутствии эффекта лечения.**

Назначение антибактериальных препаратов (или их комбинаций) других химических групп. При наличии показаний проводится соответствующая патогенетическая, симптоматическая терапия и физиотерапевтические процедуры.

## УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ (МКБ 10 Раздел А.59)

**Определение.** Инфекционное заболевание, передаваемое половым путем.

Возбудитель – *Trichomonas vaginalis*.

**Классификация:**

- Урогенитальный трихомониаз (неосложненный)
- Урогенитальный трихомониаз с осложнениями.

**Спектр обязательных диагностических и лечебных мероприятий.**

**Лабораторные исследования.**

Верификация диагноза базируется на обнаружении *Trichomonas vaginalis* одним из методов:

- Исследование нативного препарата.
- Микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего, или бриллиантового зеленого, по Граму.
- Культуральное исследование.

**Кратность исследований.**

До лечения и через 10-14 дней после лечения, далее по показаниям.

**Дополнительные исследования:**

- постановка комплекса серологических реакций на сифилис;
- определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С.
- клинический анализ крови и мочи;
- биохимический анализ крови;
- УЗИ органов малого таза.

Показания к проведению дополнительного обследования, его объем и кратность определяется характером клинических проявлений и степенью выраженности воспалительного процесса.

**Ведение половых партнеров**

Обязательному обследованию и, при необходимости лечению, подлежат все партнеры, находившиеся в половом контакте с больным. В период лечения и диспансерного наблюдения при половых контактах рекомендуется использовать индивидуальные средства защиты.

### ЛЕЧЕНИЕ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ

**Рекомендуемые схемы:**

**Метронидазол**

500 мг внутрь каждые 12 час в течение 7 дней, или 2 гр перорально однократно  
или

**Орнидазол**

500мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней,  
или

**Тинидазол**

500мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней,

Альтернативные схемы:

**Орнидазол**

500 мг внутрь каждые 12 час в течение 5 дней,  
или

**Ниморазол**

2 г внутрь однократно, или 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 6 дней,  
или

**Секнидазол**

2,0 г внутрь однократно перед едой,  
или

**Нифурател**

200-400 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.

### ОСЛОЖНЕННЫЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ

**Рекомендуемые схемы:****Метронидазол**

500 мг внутрь каждые 6 часов в течение 7 дней, или 2 гр 1 раз в сутки 5 дней.  
или

**Орнидазол**

500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Альтернативные схемы:

**Тинидазол**

2 г внутрь 1 раз в сутки в течение 3 дней,  
или

**Ниморазол**

500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 6 дней,  
или

**Секнидазол**

2.0 г внутрь однократно перед едой, или 250 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней  
или

**Нифурател**

200-400 мг (1-2 таб.) внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.

Возможно одновременное применение местнодействующих протистоцидных и противовоспалительных препаратов по следующим схемам:

**Метронидазол**

500 мг вагинальная таблетка 1 раз в сутки в течение 6 дней  
или

**Макмирор комплекс** (комб. препарат)

свечи - по 1 свече перед сном в течение 8 дней,  
крем-по 2-3 г с помощью аппликатора 1 раз в сутки в течение 8 дней

**ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ****Рекомендуемая схема:**

**Метронидазол** (может использоваться на всех сроках беременности и кормления грудью)  
2 гр однократно

Альтернативные схемы: (не ранее 2-го триместра)

**Орнидазол**

1,5 г внутрь однократно перед сном  
или

**Тинидазол**

2,0 г внутрь однократно перед сном,  
или

**Нифурател**

200 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней  
или

**Макмирор комплекс** (комб. препарат): свечи, крем - местно.

**ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ****Рекомендуемая схема:****Метронидазол**

от 1 до 6 лет- 1/3 таблетки 250 мг внутрь 2-3 раза в сутки;  
6-10 лет- 125 мг внутрь 2 раза в сутки  
11-15 лет- 250 мг внутрь 2 раза в сутки  
Длительность лечения –7 дней,  
или

**Орнидазол**

25 мг/кг массы тела – суточная доза, назначается в один прием перед сном- 5 дней.  
Альтернативные схемы:

**Секнидазол**

30 мг/кг массы тела в один, или несколько приемов,  
или

**Нифурател**

200 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.

**Показания к стационарному лечению.**

Осложненное течение трихомонадной инфекции (воспалительный процесс органов малого таза и т.п.)

### **Требования к результатам лечения.**

Эрадикация *Trichomonas vaginalis*, разрешение клинических проявлений трихомонадной инфекции.

## **УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ МИКОПЛАЗМОЗ**

### **Определение**

Урогенитальный микоплазмоз- инфекционное заболевание, возбудителями которого могут быть микоплазмы - *Mycoplasma hominis* и *Mycoplasma genitalium* – и уреоплазмы - *Ureaplasma urealyticum*

### **Классификация (МКБ- 10)**

**N 34 В 96.8 Уретрит, вызванный *M. Genitalium*, *Ureaplasma spp.* и/или *M.hominis***

**N 72 В 96.8 Цервицит, вызванный *M. Genitalium*, *Ureaplasma spp.* и/или *M.hominis***

**N 76 В 96.8 Вагинит, вызванный *M. Genitalium*, *Ureaplasma spp.* и/или *M.hominis***

### **Спектр обязательных диагностических и лечебных мероприятий**

Диагностика основана на анамнезе, клинической картине, лабораторном исследовании.

Визуальные методы обследования: у женщин при осмотре определяется гиперемия (возможно и отечность) уретры, влагалища, шейки матки, выраженность которой зависит от степени тяжести воспалительного процесса. При вовлечении в патологический процесс органов малого таза обнаруживаются увеличенные болезненные матка и ее придатки.

### **Лабораторные исследования.**

**-молекулярно- биологические, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК вызванный *M. Genitalium*, *Ureaplasma spp.* и/или *M.hominis***

-культуральное исследование с выявление и идентификацией *Ureaplasma spp.* и/или *M.hominis*. Целесообразность методики количественного определения, как и клиническое значение полученных результатов, убедительно не доказаны

Другие методы лабораторных исследований, в том числе прямая иммуофлюоресценция (ПИФ), иммуоферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *M. Genitalium*, *Ureaplasma spp.* и/или *M.hominis*, недопустимо использовать для диагностики заболеваний, вызванных *M. Genitalium*, *Ureaplasma spp.* и/или *M.hominis*.

### **Кратность исследования**

До лечения и через 2 недели после окончания лечения с использованием метода амплификации РНК (NASBA), через 4 недели после лечения с использованием метода амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени).

### **Дополнительные исследования**

- клинический анализ мочи и крови;
- анализ гликемического профиля с нагрузкой;
- оценка состояния микроценоза кишечника;
- обследование на сопутствующие инфекции, имеющие сходные клинические проявления: сифилис, генитальный герпес и др;

Показания, объем и кратность дополнительного исследования определяются характером и степенью тяжести клинических проявлений заболевания.

### **Ведение половых партнеров**

При половой жизни в период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется использование презервативов.

## **ЛЕЧЕНИЕ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

### **Рекомендуемая схема:**

**Джозамицин (Вильпрофен)**

500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

или

**Доксициклин моногидрат (Юнидокс Солютаб)**

200 мг внутрь – первый прием, затем 100 мг 2 раза в сутки в течение 7-14 дней,

или  
**Офлоксацин**  
200 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7-14 дней,  
или  
**Азитромицин**  
1,0 г внутрь однократно, или по 250 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней

### ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

#### **Джозамицин (Вильпрофен)**

по 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней,

#### **Эритромицин**

по 500 мг 4 раза в сутки 7-14 дней,

### ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ

#### **Рекомендуемая схема:**

Детям с массой тела менее 45 кг :

#### **Джозамицин (Вилпрофен Солютаб)**

50 мг/кг массы тела в сутки разделенная на 3 приёма в течение 10 дней.

### ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС (МКБ 10 Раздел А.60)

#### **Определение.**

**Генитальный герпес** - передаваемое половым путем хроническое рецидивирующее вирусное заболевание.

Возбудитель – **вирус простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типов.**

Классификация:

- Первый клинический эпизод;
- Рецидивирующий генитальный герпес.

#### **Спектр обязательных диагностических и лечебных мероприятий.**

#### **Лабораторные исследования.**

- Молекулярно-биологические методы (ПЦР, ДНК-гибридизация).
- Иммунологические методы:  
-выявление антигена ВПГ:  
реакция иммунофлюоресценции: прямой (ПИФ) и непрямой (НПИФ)  
метод иммуноферментного анализа (ИФА)
- Вирусологические методы выявления и идентификация ВПГ

Материалом для исследования является содержимое везикул, соскоб со дна эрозий, слизистой оболочки уретры, влагалища, цервикального канала шейки матки, а также пробы крови.

#### **Кратность исследований.**

При асимптомном течении заболевания в течение первых 4-х дней рецидива целесообразно ежедневно проводить исследование на ВПГ, которое необходимо повторить на 7-10 день по окончании лечения.

#### **Ведение половых партнеров**

Половых партнеров пациентов, имеющих генитальный герпес, следует обследовать и при наличии у них проявлений герпеса - лечить. Пациентам следует рекомендовать воздерживаться от половой жизни до исчезновения клинических проявлений. На этот период использование презервативов должно быть обязательным при всех формах сексуальных контактов.

## ЛЕЧЕНИЕ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПЕРВИЧНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ:

#### **Ацикловир**

200 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 5-10 дней,  
или

#### **Валацикловир**

500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5-10 дней,  
или

**Фамцикловир** по 250 мг 3 раза в сутки в течение 5-10 дней

## РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГЕРПЕС (ОБОСТРЕНИЕ) РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ

#### **Ацикловир**

200 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 10 дней,  
или

#### **Валацикловир**

500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней

Альтернативные схемы:

**Глицирризиновая кислота** - на слизистую вульвы и кожу спрей распыляют в течение нескольких секунд с расстояния 4-5 см 6 раз в сутки в течение 5-10 дней, интравагинально 2-3 раза в сутки в течение 6-10 дней,  
или

#### **Ацикловир**

крем 3% или 5% применяется 5 раз в сутки в течение 5-10 дней.

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (СУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ)

Рекомендуется с целью предупреждения заболевания. Длительность терапии определяется индивидуально.

### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ

#### **Ацикловир**

400 мг внутрь 2 раз в сутки, или 200 мг внутрь 4 раза в сутки  
или

#### **Валацикловир**

500 мг внутрь 1 раз в сутки,  
или

или

**Фамцикловир** по 250 мг 2 раза в сутки

Альтернативная схема:

**Глицирризиновая кислота**- 2 раза в сутки утром и вечером на слизистую вульвы и интравагинально в течение 8-10 дней до начала менструации.

### Дополнительные лечебно-профилактические мероприятия

В качестве местнодействующего антисептика возможно применение мази, содержащей поливинилпирролидон йода.

## ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Лечение беременных является обязательным и проводится по схемам, указанным выше. При лечении диссеминированных форм герпетической инфекции (энцефалиты, гепатиты и т.п) используется исключительно **ацикловир по 5-10 мг/кг в/в каждые 8 часов** в течение 2-7 дней или до разрешения клинической симптоматики. При наличии в анамнезе хронического герпеса, лечение проводится по схемам терапии рецидивов герпеса, указанным выше.

Кесарево сечение в качестве профилактики неонатального герпеса показано только при наличии герпетических высыпаний на гениталиях, или при первичном клиническом эпизоде у матери в течение последнего месяца беременности. В остальных случаях возможно естественное родоразрешение.

### Критерии эффективности лечения

- клинический статус пациента;
- динамика титра специфических антител, данные ПИФ.

## БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

### **Определение.**

**Бактериальный вагиноз** - клинический синдром, характеризующийся замещением лактобацилл вагинальной флоры условно-патогенными анаэробными микроорганизмами.

### **Спектр обязательных диагностических и лечебных мероприятий.**

### **Лабораторные исследования.**

Диагноз может быть поставлен на основании совокупности не менее чем 3-х из нижеследующих клинических и лабораторных критериев:

1. Гомогенные сероватые выделения, равномерно распределяющиеся на слизистой оболочке влагалища и имеющие неприятный запах;
2. Обнаружение ключевых клеток в мазках, окрашенных по Граму, или в нативном препарате;
3. pH влагалищного отделяемого более 4,5;
4. Положительный аминотест - запах гнилой рыбы при смешивании на предметном стекле вагинального отделяемого и 10% КОН в равных количествах.

### **Замечания по проведению диагностики.**

- При микроскопическом исследовании вагинального мазка, окрашенного по Граму, определяются следующие признаки:
  - массивное количество микрофлоры с преобладанием облигатных анаэробов;
  - полное отсутствие, либо единичное присутствие лактобацилл;
  - отсутствие лейкоцитарной реакции.
- Обследование не проводится во время менструации.
- Исследование проводят не ранее 72 часов после последнего полового сношения.
- На pH-метрическую бумагу не должна падать вода или слизь.

### **Кратность исследований.**

Показания, объем и кратность исследований определяются характером и степенью тяжести клинических проявлений бактериального вагиноза.

### **Ведение половых партнеров.**

Лечение половых партнеров – мужчин с целью профилактики рецидивов БВ у женщин неэффективно. Однако, с учетом возможности развития баланопостита и явлений уретрита, целесообразно проведение их обследования и при необходимости лечения.

## **ЛЕЧЕНИЕ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Рекомендуемые схемы:

### **Метронидазол**

**500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней**

или **тинидазол** внутрь 2 г однократно

**или**

### **Орнидазол**

**500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней,**

Альтернативные схемы:

### **Клиндамицин**

крем 2 % 0.5 г (разовая доза) интравагинально 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней,

или

### **Метронидазол**

2.0 г внутрь однократно,

или

### **Метронидазол**

гель 0.75 % 5.0 г (розовая доза) интравагинально 2 раза в сутки в течение 5 дней,

**Тержинан** (комб. препарат)



1 вагинальная таблетка ежедневно перед сном в течение 10 дней,  
или  
**Макмирор комплекс** (комб. препарат)  
свечи - по 1 свече перед сном в течение 8 дней.  
или крем – по 2-3 г с помощью аппликатора 1 раз в сутки в течение 8 дней.

### **ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ (не ранее 2-го триместра)**

#### **Женщины с высоким риском**

Рекомендуемые схемы:

##### **Метронидазол**

500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней.

или

##### **Орнидазол**

1.5 г внутрь однократно перед сном,

Альтернативные схемы:

##### **Метронидазол**

2.0 г внутрь однократно,

или

##### **Орнидазол**

500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней,

или

**Макмирор комплекс** (комб. препарат)

свечи - по 1 свече перед сном в течение 8 дней.

или крем – по 2-3 г с помощью аппликатора 1 раз в сутки в течение 8 дней,

или

**Тержинан** (комб. препарат)

1 вагинальная таблетка ежедневно перед сном в течение 10 дней.

#### **Женщины с низким риском**

Рекомендуемые схемы:

##### **Метронидазол**

250 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней

или

##### **Орнидазол**

500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней,

.

Альтернативные схемы:

##### **Орнидазол**

1.5 г внутрь однократно перед сном,

или

##### **Метронидазол**

гель 0.75 % 5.0 г (розовая доза) интравагинально 2 раза в сутки в течение 5 дней,

или

**Макмирор комплекс** (комб. препарат)

свечи - по 1 свече перед сном в течение 8 дней.

или крем – по 2-3 г с помощью аппликатора 1 раз в сутки в течение 8 дней,

или

**Тержинан** (комб. препарат)

1 вагинальная таблетка ежедневно перед сном в течение 10 дней.

#### **Дополнительные лечебно – профилактические мероприятия**

В качестве дополнения к системной терапии иногда может быть рекомендовано местное применение бензидамина гидрохлорида.

При необходимости проведения санации влагалища возможно применение антисептика поливинилпирролидона йода интравагинально по 1 свече перед сном в течение 14 дней.

С целью нормализации микробиоценоза влагалища и местного иммунитета после завершения основной терапии в акушерско-гинекологической практике применяются эубиотики (лактобактерин, бифидум-бактерин, ацилакт), глицирризиновая кислота.

Применение комбинированного препарата макмирор комплекс позволяет нормализовать микроценоз без курса реабилитации эубиотиками.

Замечания по фармакотерапии.

1 Во избежание развития тяжелых побочных реакций, пациентов следует предупреждать о необходимости запрета приема алкоголя и содержащих его продуктов в ходе терапии метронидазолом и в течение 24 часов после ее окончания.

2 При непереносимости перорального метронидазола его интравагинальное назначение также противопоказано.

3 Клиндамицин – крем имеет масляную основу, которая может повредить структуру латексных презервативов и диафрагм. Использование клиндамицин – крем для лечения беременных не рекомендуется из-за возрастания риска преждевременных родов (1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases, CDC, USA).

4 Следует с осторожностью назначать **метронидазол** на последних сроках беременности, непосредственно перед родами и в период лактации в связи с возможностью проявления мутагенных и канцерогенных эффектов.

#### **Требования к результатам лечения.**

Разрешение клинических проявлений и нормализация состояния микроценоза влагалища.

#### **Тактика при отсутствии эффекта лечения.**

Разнообразие причин, приводящих к нарушению экосистемы влагалища, является одним из факторов рецидивирующего течения заболевания. Задача врача заключается в определении данных нарушений и их коррекции.

## **УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ**

### **Определение**

**Урогенитальный кандидоз** - заболевание, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

### **Классификация**

- Острый урогенитальный кандидоз
- Хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз

### **Спектр обязательных диагностических и лечебных мероприятий**

#### **Лабораторные исследования.**

- Микроскопическое исследование (преобладание вегетирующих форм-почкование, псевдомицелий);
- Обнаружение дрожжеподобных грибов или псевдогрибов в мазке влагалищных выделений, окрашенных по Грамму, также рекомендуется микроскопия с КОН.
- Посев (рост колоний грибов более 10 в 4 степени КОЕ / мл);

#### **Кратность исследования**

До лечения, затем спустя 7-10 дней после завершения этиотропного лечения и восстановления микробиоценоза влагалища.

#### **Дополнительные исследования**

- клинический анализ мочи и крови;
- анализ гликемического профиля с нагрузкой;
- оценка состояния микроценоза кишечника;
- обследование на сопутствующие инфекции, имеющие сходные клинические проявления: сифилис, генитальный герпес и др;

Показания, объем и кратность дополнительного исследования определяются характером и степенью тяжести клинических проявлений заболевания.

## Ведение половых партнеров

При половой жизни в период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется использование презервативов.

## ЛЕЧЕНИЕ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

### ОСТРЫЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

#### Рекомендуемые схемы:

**Флуконазол 150 мг** внутрь однократно

или

**Итраконазол 200 мг** внутрь 1 раз в день в течение 3 дней.

или

**Натамицин (Пимафуцин) 100 мг** внутрь по 2 таблетки 2 раза в день 5 дней

#### Натамицин (Пимафуцин)

100 мг вагинальная свеча 1 раз в сутки в течение 6 дней,

или

#### Изоконазол

600 мг вагинальный шарик однократно перед сном,

или

#### Тержинан (комб. препарат)

1 вагинальная таблетка ежедневно перед сном в течение 20 дней,

или

#### Макмирор комплекс (комб. препарат)

свечи – по 1 свече перед сном в течение 8 дней,

или крем- по 2-3 гр с помощью аппликатора 1 раз в сутки в течение 8 дней.

или

**Клотримазол 1% крем 5 г** 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7–14 дней

или

**Бутоконазол 2% крем 5 г** 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 3 дней

### Лечение рецидивирующего урогенитального кандидоза

После основного курса терапии, включающего системный и/или местный антимикотики, рекомендуется проведение поддерживающей терапии в течение 6 месяцев одним из препаратов:

**Натамицин** вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в неделю

или

**Флуконазол** 150 мг перорально 1 раз в неделю

или

**Клотримазол** 500 мг вагинальная таблетка один раз в неделю.

#### Особые ситуации

##### Лечение беременных:

Применяют местнодействующие антимикотические средства:

**Натамицин** вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 3–6 дней (разрешен к применению с 1-го триместра беременности);

или

**Клотримазол** вагинальная таблетка 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней или 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению у беременных со 2-го триместра).

##### Лечение детей:

**Флуконазол** 2 мг на 1 кг массы тела – суточная доза внутрь однократно;

**Натамицин (Пимафуцин)** 2% крем 1 раз в сутки в течение 7 дней.

#### Требования к результатам лечения

- клиническое выздоровление;
- нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.

## **КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ**

Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

## **ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ**

Назначение иных препаратов или методик лечения.

## **АНОГЕНИТАЛЬНЫЕ БОРОДАВКИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ) (МКБ 10 пересмотра Раздел А.63)**

### **Определение.**

Заболевание, характеризующееся появлением экзофитных разрастаний на внутренних или наружных половых органах, промежности и перианальной области. Рассматривается в качестве возможного этиологического фактора плоскоклеточной карциномы шейки матки, рака вульвы и влагалища.

### **Спектр обязательных диагностических и лечебных мероприятий**

Диагностика осуществляется на основании клинических проявлений заболевания, цитологических исследований биоптатов или мазков, где наиболее приемлемым критерием оценки ВПЧ является обнаружение койлоцитов.

## **ЛЕЧЕНИЕ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЦИТОТОКСИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ**

### **Подофиллотоксин**

раствор 0,5% наносить на кондиломы в соответствии с инструкцией по применению 2 раза в сутки с интервалом 12 час. в течение 3 последовательных дней с 4-дневным перерывом. Лечение продолжать до исчезновения кондиломы, но не более 5 недель.

## **ХИМИЧЕСКИЕ ДЕСТРУКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ**

### **Трихлоруксусная кислота**

раствор 80-90% наносится только на кондиломы. Для удаления непрореагировавшей кислоты применяют тальк или пищевую соду,  
или

### **Солкодерм ( комб. препарат)**

наносится на поверхность бородавок или кондилом 1 раз в неделю.

При необходимости обработку повторяют.

## **ФИЗИЧЕСКИЕ ДЕСТРУКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ**

- **лазеротерапия**-удаление образований с помощью СО<sub>2</sub> лазера;
- **радиохирургия**-удаление новообразований с помощью радионожа;
- **криотерапия**- удаление новообразований с помощью жидкого азота;
- **хирургическая эксцизия.**
- 

## **НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ**

### **Глицирризиновая кислота**

на пораженные поверхности кожи и слизистую вульвы наносить 6 раз в сутки в течение 5-7 дней, на слизистую влагалища-3 раза в сутки в течение 5 дней.

## **КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ**

**Глицирризиновая кислота**, иммунокорректирующие средства и эубиотики в комплексе с деструктивными методами. С целью профилактики возможной малигнизации применяют **глицирризиновую кислоту** в комплексе с деструктивными методами.

При отсутствии эффекта или частых рецидивах рекомендуется внутриочаговое или системное назначение (п/к или в/м) интерферонов  $\alpha$ ,  $\beta$  и  $\gamma$  в дозе 1,5-3 млн. ЕД 3 раза в неделю в течение 4 недель в комбинации с деструктивными методами.

## ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Для лечения беременных рекомендуются физические методы - CO<sub>2</sub>-лазер, радионож, криотерапия и местная противовирусная терапия.

### Требования к результатам лечения

Достижение клинического излечения, уменьшение числа рецидивов.

### Последующее наблюдение

С целью мониторинга предраковых диспластических состояний у женщин, зараженных папилломавирусом человека 16 и 18 типов, необходимо 2 раза в год проводить цервикальные цитологические или кольпоскопические исследования.

## СМЕШАННАЯ УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Этиотропная терапия зависит от характера микробных ассоциаций. Более чем 20 микроорганизмов могут служить причиной поражения мочеполовой системы.

Если в состав комплекса возбудителей входит трихомонас вагиналис, то вне зависимости от других микроорганизмов, образующих сочетание, лечение начинают с противотрихомонадных средств.

При обнаружении хламидийной инфекции в сочетании с другими микроорганизмами проводится курс лечения, рассчитанный на подавление хламидийной инфекции.

При бактериально-вирусной инфекциях проводится одновременное лечение бактериального (бактериальных) и вирусного (вирусных) заболеваний.

## СИНДРОМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИППП

При наличии у больных симптомов ИППП и отсутствии возможности установления этиологического диагноза рекомендуется проведение синдромного лечения. Врач, к которому обратился больной с симптомами ИППП, должен провести диагностику и незамедлительно назначить соответствующее следующим симптомам лечение: аногенитальные язвы, выделения из уретры у мужчин, выделения из влагалища, боли внизу живота у женщин (воспалительные заболевания органов малого таза), отечность мошонки. Лечение каждого из пяти вышеприведенных синдромов имеет свои особенности и изложено в инструкции о синдромном подходе к ведению больных инфекциями, передающимися половым путем (Душанбе, 2005 г.).

## ПРОФИЛАКТИКА инфекций, передающихся половым путем

Ведущее значение в снижении заболеваний полового происхождения имеет противовенерическая агитационно-пропагандистская и санитарно-просветительная работа. К этой работе надо привлекать не только врачей, заинтересованных ведомств, но и других общественных и религиозных организаций и слоев общества.

Необходимо разными методами и путями довести до населения информацию о пользе здорового образа жизни, вреде алкоголя и наркотиков, о первых признаках болезни, путях передачи венерических заболеваний, значения своевременного обращения к врачу, вреде самолечения и неправильного лечения, последствиях этих болезней на репродуктивную способность и сексуальную сферу человека.

Немаловажное значение имеет своевременное активное выявление венерических больных путем проведения целевых медицинских осмотров населения, плановые осмотры декретированного контингента, пациентов соматических стационаров, беременных женщин, гинекологических и урологических больных, доноров станции переливания крови.

Важно своевременное лечение больных с ранними формами сифилиса, своевременное выявление и обследование их половых и тесных бытовых контактов.

Значима роль пропаганды добровольного консультирования и конфиденциального диагностирования и лечения лиц практикующих рискованное поведение.

Важно использование индивидуальных средств защиты (презерватива) и своевременное обращение при случайных и подозрительных контактах в профилактические пункты для получения первой помощи.

Не лишено смысла предложение освидетельствования здоровья будущих супругов до вступления в брак на болезни полового происхождения.

С момента утверждения настоящей инструкции РИСО МЗ РТ, ранее утвержденные инструкции теряют силу.