



Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П.Павлова



Уппсальский Университет



Государственное учреждение
Научно-исследовательский институт
акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН

**Е.В.Соколовский, А.М.Савичева, М.Домейка,
Э.К.Айламазян, Т.В.Беляева**

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ



Москва
«МЕДпресс-информ»
2006

УДК 616.97
ББК 55.8
С59

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Соколовский Е.В.

С59 Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей / Е.В.Соколовский, А.М.Савичева, М.Домейка, Э.К.Айламазян, Т.В.Беляева. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 256 с.

(Sokolovsky E.

Sexually Transmitted Infections: Manual for physicians / E.Sokolovsky, A.Savicheva, M.Domeika, E.Aylamazian, T.Beliayeva. — Moscow: MEDpress-inform, 2006. — 256 p.)

ISBN 5-98322-160-4

Руководство посвящено вопросам профилактики, диагностики и терапии инфекций, передаваемых половым путем, а также бактериального вагиноза и урогенитального кандидоза. Излагаются принципы ведения пациентов с основными нозологическими формами этих инфекций, включая ведение беременных женщин, способы взятия клинического материала, его транспортировки для лабораторной диагностики ИППП. Для каждого заболевания или синдрома предложен порядок действий врача.

УДК 616.97
ББК 55.8

ISBN 5-98322-160-4

© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2006

**Евгений Владиславович Соколовский,
Алевтина Михайловна Савичева, Марюс Домейка,
Эдуард Карпович Айламазян, Тамара Владимировна Беляева**

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ



Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*
Выпускающий редактор: *В.Ю.Кульбакин*
Редактор: *Н.Л.Пиганова*
Корректор: *Л.Ю.Шанина*
Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая*

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 04.07.06. Формат 60×90/16.
Бумага мелованная. Печать офсетная. Объем 16 пл.
Гарнитура Таймс. Тираж 3000 экз. Заказ №

Издательство «МЕДпресс-информ».
107140, Москва, ул. Краснопрудная, д.1, стр. 1
Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63
E-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru

Отпечатано в типографии
ОАО ПИК «Идел-Пресс»
в полном соответствии с предоставленным
материалом.
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2

Руководство для врачей по инфекциям, передаваемым половым путем, создано рабочей группой в составе:

Е.В.Соколовский — профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова (Санкт-Петербург, Россия)

А.М.Савичева — профессор, заведующая лабораторией микробиологии Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН (Санкт-Петербург, Россия)

М.Домейка — д.м.н., директор Центра ВОЗ при университете г.Уппсала по диагностике и ведению хламидийной инфекции и других ИППП (Уппсала, Швеция)

Э.К.Айламазян — профессор, з.д.н. РФ, академик РАМН, директор Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН (Санкт-Петербург, Россия)

Т.В.Беляева — профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова (Санкт-Петербург, Россия)

Руководство состоит из следующих глав: 1. Введение; 2. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем; 3. Контрацептивные средства; 4. Клинический подход к диагностике и лечению инфекций, передаваемых половым путем; 5. Лабораторная диагностика инфекций, передаваемых половым путем; 6. Ведение пациентов: синдромы; 7. Ведение пациентов: болезни; 8. Особенности ведения инфекций, передаваемых половым путем, у беременных; 9. Сексуальное насилие; Приложения; Литература.

Руководство подготовлено с использованием материалов ВОЗ, Центра по контролю за инфекционными заболеваниями (CDC; США), Международного союза по борьбе с ИППП (IUSTI), методических материалов Канады и Великобритании и разработанными авторами ранее «Алгоритмами по ведению пациентов с ИППП».

Руководство составлено в соответствии с действующими в Российской Федерации нормативными документами, определяющими работу врачей—специалистов в области контроля ИППП.

Руководство предназначено для врачей, работающих в области ИППП (дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, врачей общей практики и семейных врачей, педиатров), и специалистов по лабораторной диагностике. Руководство может быть использовано для профессионального обучения в области репродуктивного здоровья, диагностики и ведения ИППП.

Руководство разработано в рамках российско-шведской программы международного сотрудничества «Повышение качества профилактики и контроля ИППП в Санкт-Петербурге и Ленинградской области» при поддержке Восточно-Европейского комитета Шведского агентства международного сотрудничества и развития.

(The manual consists of the following chapters: 1. Introduction, 2. Prophylaxis of STIs, 3. Contraception, 4. Clinical approach to the diagnosis and management of STIs, 5. Laboratory diagnosis of STIs, 6. STI patient management: Syndromes, 7. STI patient management: Specific diseases, 8. STI patient management: Pregnancy, 9. Sexual assault, Appendices, and Literature.

The manual was prepared using recommendations of the WHO, CDC, IUSTI, the Canadian and UK guidelines, and the “STI patient management algorithms” that was formerly elaborated by the author group and adopted to suit the legal conditions of the Russian Federation.

The manual aims at becoming a handbook for the physicians and laboratory personnel who work in the field of STI, standardizing diagnostic and patient management procedures. It could also be used by those who undergo professional training in the field of reproductive health and STI diagnosis and management.

The manual is part of the Russian–Swedish project “Improvement of the Prevention and Control of STIs in St. Petersburg and Leningrad Oblast” supported by The East Europe Committee of the Swedish Health Care Community (SEEC), SIDA, Sweden.)

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
1. ВВЕДЕНИЕ	7
2. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	10
3. КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ СРЕДСТВА	24
4. КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	27
5. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	39
5.1. Особенности взятия и транспортировки материала	39
5.2. Нормальная микрофлора генитального тракта	49
5.3. Бактериальный вагиноз	54
5.4. Кандидозный вульвовагинит	56
5.5. Гонорея	57
5.6. Урогенитальная хламидийная инфекция	61
5.7. Сифилис	67
5.8. Трихомоноз	74
5.9. Шанкرويد (мягкий шанкр)	75
5.10. Донованоз (паховая гранулема, венерическая гранулема) .	77
5.11. Неспецифический (бактериальный) уретрит/цервицит ...	78
5.12. Неспецифический (бактериальный) вульвовагинит	79
5.13. Генитальная герпесвирусная инфекция	80
5.14. Папилломавирусная инфекция	82
5.15. Чесотка	84
5.16. Лобковый педикулез	85
5.17. ВИЧ/СПИД	85
5.18. Гепатиты	88
6. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ: СИНДРОМЫ	91
6.1. Уретрит	91
6.2. Баланит/баланопостит	96
6.3. Простатит	99
6.4. Орхоэпидидимит	106

6.5. Цервицит	109
6.6. Вульвовагинит (кольпит)	114
6.7. Бактериальный вагиноз	119
6.8. Воспалительные заболевания органов малого таза	122
6.9. Генитальные язвы	127
6.10. Конъюнктивиты новорожденных	130
6.11. Кишечные инфекции, передаваемые половым путем . . .	134
7. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ: БОЛЕЗНИ	139
7.1. Гонорея	139
7.2. Урогенитальная хламидийная инфекция	149
7.3. Сифилис	158
7.4. Шанкرويد (мягкий шанкр)	173
7.5. Венерическая лимфогранулема	175
7.6. Донованоз (паховая гранулема, венерическая гранулема) .	179
7.7. Кандидозный вульвовагинит	183
7.8. Трихомониаз	187
7.9. Генитальная герпесвирусная инфекция	191
7.10. Папилломавирусная инфекция (генитальные бородавки)	198
7.11. ВИЧ/СПИД	202
7.12. Гепатиты	213
7.13. Чесотка	221
7.14. Лобковый педикулез	224
8. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У БЕРЕМЕННЫХ	226
9. СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ	235
ПРИЛОЖЕНИЯ	
Приложение 1. Лабораторные тесты, применяемые для диагностики инфекций, передаваемых половым путем	240
Приложение 2. Перечень заболеваний, подлежащих обязательной регистрации (Приказ МЗ РФ №403 от 12.08.2003)	245
Приложение 3. Оценка уровня полового созревания	245
Приложение 4. Установление девственности и ее нарушений .	251
Приложение 5. Методика изъятия биологического материала – содержимого влагалища, прямой кишки и ротовой полости	252
Приложение 6. Чувствительность и специфичность лабораторных тестов	253
Приложение 7. Уровень иммуносупрессии у детей разного возраста, выраженный в числе CD-4	254
Приложение 8. Обследование с целью диагностики гепатитов	255
ЛИТЕРАТУРА	256

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

5-НУК	— 5-нуклеотидаза	КВУ	— кожно-венерологическое учреждение
HAART	— highly active antiretroviral therapy	ЛЦР	— лигазная цепная реакция
HBV	— hepatitis B virus	МГА-ТП	— реакция микрогеммаглютинации трепонемы паллидум
HDV	— hepatitis D virus	МИК	— минимальная ингибирующая концентрация
HSV	— herpes simplex virus	МИФ	— микроиммунофлюоресценция
HAV	— hepatitis A virus	НИОТ	— нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
HCV	— hepatitis C virus	ННИОТ	— ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
IgA	— иммуноглобулины класса А	ОТ-ПЦР	— полимеразная цепная реакция с обратной транскрипцией
IgG	— иммуноглобулины класса G	ПГЛ	— персистирующая генерализованная лимфоаденопатия
IgM	— иммуноглобулины класса M	ПЗ	— прогностическая значимость
IL	— interleucine	ПИФ	— прямая иммунофлюоресценция
NASBA	— nucleic acid sequence-based amplification	ПМЯЛ	— полиморфноядерные лейкоциты
RPR	— rapid plasma reagin	ПС	— первичная сифилома
RST	— reagin screen test	ПС	— простатический секрет
RT-PCR	— real time polymerase chain reaction	ПЦР	— полимеразная цепная реакция
TRUST	— toluidine red unheated serum test	РИФ-абс	— реакция иммунофлюоресценции с абсорбцией
VDRL	— venereal disease research laboratory	РНК	— рибонуклеиновая кислота
АлАТ	— аланинаминотрансфераза	РПА	— реакция пассивной геммаглютинации
АсАТ	— аспаргатаминотрансфераза	РТ	— ретикулярные тельца
ВААРТ	— высоко активная антиретровирусная терапия	СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
ВГА	— вирус гепатита А	СПИД	— синдром приобретенного иммунодефицита
ВГВ	— вирус гепатита В	ФНО	— фактор некроза опухоли
ВГС	— вирус гепатита С	ХАП	— хронический абактериальный простатит
ВЗОМТ	— воспалительные заболевания органов малого таза	ХБП	— хронический бактериальный простатит
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека	ЦНС	— центральная нервная система
ВМС	— внутриматочная спираль	ЭТ	— элементарные тельца
ВПГ	— вирус простого герпеса		
ВПЧ	— вирус папилломы человека		
ГТПП	— гаммаглутамилтранспептидаза		
ДНК	— дезоксирибонуклеиновая кислота		
ЖК	— женская консультация		
ИП	— ингибиторы протеазы		
ИППП	— инфекции, передаваемые половым путем		
ИФА	— иммуноферментный анализ		
КВД	— кожно-венерологический диспансер		

1. ВВЕДЕНИЕ

Это руководство содержит методические материалы по диагностике, лечению и профилактике наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Пациенты с ИППП могут обратиться в любое учреждение системы здравоохранения. Успешное лечение требует специальных знаний, и мы надеемся, что стандартизированные процедуры, описанные в этом руководстве, будут полезны врачам разных специальностей.

При работе с больными врач может оказаться в ситуации, когда ему доступны все виды лабораторных диагностических исследований (скрининговые и подтверждающие), когда в его распоряжении только скрининговые методы и когда результаты исследования невозможно получить в день обращения пациента или они вообще недоступны, а лечение необходимо начинать немедленно. Последняя ситуация предполагает проведение так называемого синдромального лечения.

СИНДРОМЫ ИППП:

- Обследование пациентов обычно учитывает субъективные симптомы, а также методы физикального обследования, что складывается в клинический синдром, такой, как, например, уретрит, воспалительные заболевания органов малого таза и др.
- Синдромальный диагноз выставляется в соответствии со стандартными критериями, в зависимости от присутствия того или иного специфического возбудителя, облегчая выбор эмпирической терапии при первичном посещении, т.е. еще до получения микробиологического подтверждения.
- Одного синдромального диагноза недостаточно, так как при выявлении, например, *C. trachomatis* или *N. gonorrhoeae*, течение

заболевания может быть бессимптомным. При наличии других ИППП или заболевания у партнера можно подозревать какую-либо инфекцию, но для диагностики требуются только лабораторные тесты.

Таким образом, синдромный подход в сочетании с лабораторными методами важен в ведении больных ИППП в определенных ситуациях.

В данном руководстве диагностика и ведение синдромов ИППП представлены в зависимости от возраста. Глава «Клинический подход к диагностике и ведению больных ИППП» обеспечивает информацией об оптимальной оценке и ведении таких случаев.

ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НЕОБХОДИМО:

1. Оказывать психологическую поддержку пациентам, общаться с пациентом доступным для него языком и сохранять конфиденциальность.
2. Постоянно обучать персонал, участвующий в ведении больных с ИППП.
3. Неукоснительно выполнять алгоритмы диагностики и лечения ИППП.
4. Осуществлять взаимодействие с различными учреждениями здравоохранения, принимающими участие в ведении больных ИППП.
5. Собирать и анализировать информацию об эпидемиологической ситуации с ИППП в регионе.
6. Проводить работу по первичной и вторичной профилактике ИППП.

При работе с пациентами, страдающими ИППП, необходимо обеспечить диагностику качественными лабораторными исследованиями.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ:

- Медицинские учреждения, занимающиеся ведением пациентов с ИППП, должны быть обеспечены возможностями

идентификации всех возбудителей ИППП. В Приложении 1 приведены диагностические тесты для различных ИППП в зависимости от уровня оказания специализированной медицинской помощи.

- Базовый лабораторный метод для исследования отделяемого — микроскопический, который позволяет оценить необходимость назначения терапии, а в некоторых случаях — обследования на другие инфекции.
- Минимально необходимым тестом является окраска мазка по Граму — простой, быстрый, недорогой метод, позволяющий обнаружить полиморфноядерные лейкоциты и некоторые бактерии (например, *N. gonorrhoeae*).
- Специфика транспортировки проб и их хранения описана в главе «Лабораторная диагностика».
- Объем лабораторного исследования и его результаты принципиально важны для определения тактики ведения пациентов в следующих ситуациях (степень важности полученных результатов лабораторных тестов может варьировать в зависимости от обстоятельств; необходимо специфическое микробиологическое тестирование посредством культуральных и некультуральных методов):
 - подозрение на сексуальные действия относительно детей;
 - случаи сексуального насилия;
 - обследование для обнаружения бессимптомной инфекции;
 - наличие цервицита, воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) или вульвовагинита;
 - клиническая ситуация, при которой диагноз не ясен;
 - возможность антимикробной резистентности;
 - случаи неудачной терапии доказанной микробной инфекции;
 - обследование лиц, не предъявляющих никаких жалоб, но имевших сексуальные контакты с больными ИППП.
- Получение ответа лабораторного исследования лечащим врачом должно быть обеспечено в минимально короткие сроки.

2. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

ИППП и их последствия имеют громадное социальное и экономическое значение, оказывают влияние практически на все стороны жизни современного общества.

Активно и своевременно применяемые профилактические меры требуют меньше затрат, чем потери от диагностики, лечения и реабилитации пациентов после ИППП.

Врач играет основную роль в профилактике ИППП. В общении «врач—пациент» обязательно должна соблюдаться конфиденциальность и обсуждаться возможный риск ИППП и индивидуальный план профилактики ИППП.

Социальные и экономические перемены в обществе влияют на социальные и поведенческие факторы, способствующие росту заболеваемости ИППП. Бурный подъем заболеваемости ИППП происходит в результате изменения социальных и экономических тенденций как прямое следствие ограничения национальных ресурсов, снижения доходов на душу населения, роста безработицы, социальной мобильности, проституции и потребления наркотиков. Эпидемиологическая ситуация во многом обусловлена тем, что в обществе имеются социальные группы (проститутки, гомосексуалисты, наркоманы и токсикоманы), для которых «нормой» интимной жизни являются частые половые связи с постоянной сменной половых партнеров. При этом происходит расширение путей передачи возбудителя инфекции. Коммерческий секс, употребление алкоголя и наркотиков порождают рост различных преступлений на сексуальной почве, что также ведет к увеличению заболеваемости ИППП. Стигмами социальных изменений, ведущих к повышению риска заражения ИППП и реинфицированию, являются: изменение стандартов поло-

вого поведения в обществе, сексуальная свобода, падение нравов, раннее начало половой жизни, внебрачные и добрачные связи.

Среди социальных причин можно выделить и те, которые имеют непосредственное отношение к уровню информированности населения по санитарно-гигиеническим вопросам, в частности, по поводу сифилиса и других ИППП. Отмечается безразличное отношение к собственному здоровью у некоторых групп населения, легкомысленное отношение к ИППП, низкая сексуальная культура, неудовлетворительная информированность о различных ИППП, отрицательное влияние порнографической и эротической продукции, крайне недостаточное рекламирование средств индивидуальной защиты. Следует также подчеркнуть, что профилактические мероприятия, связанные с побуждением пациентов к раннему обращению к специалистам при обнаружении признаков ИППП, значительно осложняются безрецептурным отпуском медикаментов, в частности, антибактериальных препаратов, что способствует увеличению частоты случаев самолечения.

Современные профилактические мероприятия включают как обучение, так и изменение мотиваций и поведения. Они подразумевают ряд общих шагов, включающих осознание угрозы той или иной ИППП, формирование определенного отношения к поведению риска, веру и позитивное отношение к тому, что каждый в состоянии осуществлять превентивные действия, а также приобретение социальных и поведенческих навыков, направленных на снижение риска заражения. При проведении профилактических мероприятий необходимо учитывать тот контингент, с которым ведется работа, то есть профилактическая работа должна быть адресной. Существенную помощь в проведении адресных профилактических мероприятий оказывают сведения о социально-демографическом, медико-психологическом и поведенческом статусе наиболее часто болеющего контингента, знания об уровне информированности по вопросам профилактики ИППП и об источниках этой информированности. С этой целью необходимо проведение социологических исследований как среди больных ИППП, так

и среди потенциальных пациентов, представляющих группы риска. В связи с происходящими динамическими изменениями в обществе подобные исследования должны осуществляться постоянно.

Профилактическая работа должна проводиться на высоком профессиональном уровне. Ключевыми фигурами при проведении любых превентивных мероприятий должны быть специалисты-дерматовенерологи, знающие особенности клинической картины, последствий ИППП и текущие показатели заболеваемости. Этот факт необходимо учитывать при подготовке врачей по данной специальности. Следует подчеркнуть также, что успех превентивных мер возможен только при участии многих сторон, задействованных в этой деятельности: врачей всех специальностей, семьи, социального микроокружения, средств массовой информации, школы, социальных служб и др.

Профилактические мероприятия подразделяются на первичные и вторичные.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИППП

Первичная профилактика предполагает осуществление теоретически обоснованных вмешательств, направленных на изменение моделей поведения в популяциях высокого риска для предотвращения заражения ИППП. В настоящее время профилактические мероприятия, проводимые в обществе, включают в основном медико-санитарную пропаганду сексуального здоровья и информирование населения на страницах периодической печати, в средствах массовой информации, в школах и других учебных заведениях, а также в лечебных учреждениях, прежде всего — дерматовенерологического профиля. Население должно знать особенности ранних и поздних клинических проявлений ИППП, пути заражения, способы их профилактики. Немаловажным является информирование о местах приобретения средств индивидуальной профилактики. Кроме того, профилактические программы должны предусматривать отказ от самолечения и непрофессионального лечения в случаях подозрения на ИППП; необходимо создавать в различных слоях общества положительную мотивацию на обращение к специалис-

там дерматовенерологического профиля. Наконец, осуществление программы по профилактике ИППП должно проводиться параллельно с работой по борьбе с употреблением алкоголя, наркотических и токсических веществ.

Весьма эффективными можно считать меры по первичной профилактике, которые адресованы отдельным лицам, половым партнерам больных ИППП, небольшим группам, находящимся в зоне высокого риска, через целенаправленные кампании по работе непосредственно в этих группах. При этом важно учитывать особенности каждой конкретной аудитории, ее вкусы, национальный и иной колорит, лексические особенности, пристрастия и др.

В настоящее время группами риска заражения ИППП считаются проститутки, наркоманы и алкоголики, лица БОМЖ, представители сексуальных меньшинств и др. К сожалению, в условиях эпидемической ситуации страдает и социально адаптированный контингент, с которым также должна проводиться определенная работа. В этой связи уместно упомянуть о необходимости проведения соответствующей пропаганды в средствах массовой информации, особенно во время трансляции эротических и порнопрограмм.

Особо следует отметить такую группу, как подростки и молодежь. При осуществлении мер по профилактике ИППП среди подростков следует учитывать «феномен неприятия авторитетов», характерный для лиц этого возраста, и тенденцию к ориентиру на мнение референтной группы сверстников. В связи с этим наиболее действенными являются программы по профилактике ИППП, которые проводятся самими подростками, прошедшими специальную подготовку. Имеется также необходимость расширения и профилизации подготовки педагогов школ и других учебных заведений, а также психологов по вопросам профилактики ИППП и контрацепции. Чрезвычайно важным является вовлечение в первичную профилактическую работу и лиц старшего поколения, которые могут повлиять на поведение подростков, в частности, в семье. В этом отношении должны быть задействованы различные средства массовой информации, которые создают так называемый «климат мнений».

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Вторичная профилактика направлена на лиц с диагностированными ИППП для снижения вероятности передачи инфекции партнерам при половом контакте или через общие с ними инъекционные иглы. Вторичная профилактика должна быть нацелена на снижение риска повторного заражения ИППП среди больных ИППП и уже переболевших лиц. Вторичная профилактическая работа проводится учреждениями дерматовенерологического, акушерско-гинекологического, урологического профиля и включает разъяснительные беседы и лекции медицинского персонала. Немаловажную роль играют брошюры и буклеты для пациентов, которые должны находиться в свободном доступе. Вторичная профилактика заключается в активном и оперативном информировании пациентов, а также в изменении их поведения.

При проведении вторичных профилактических мероприятий важно учитывать такие социально-демографические параметры пациентов, как пол, образование и степень риска полового поведения. Первым необходимым шагом вторичной профилактики является ряд правильно сформулированных при сборе анамнеза заболеванием лечащим врачом вопросов, касающихся сексуальной жизни пациента. Корректно поставленные вопросы могут помочь врачу в установлении индивидуальных факторов риска. Когда факторы риска идентифицированы, медицинский работник может дать рекомендации по профилактике ИППП. При этом необходимо описать специфические действия, которые пациент должен предпринять, чтобы избежать заражения или распространения ИППП. К таким действиям относят применение различных средств для индивидуальной профилактики, а также воздержание от половых контактов в случае наличия у пациента симптомов ИППП. Целесообразно обеспечивать пациентов с ИППП и лиц, обратившихся для обследования, индивидуальными средствами профилактики. Вторичная профилактика включает также и рекомендации по соблюдению режима лечения и последующих контрольных исследований.

Для того чтобы рекомендации оказались эффективными, в беседе с пациентом врачу необходимо проявлять терпение,

уважение, сострадание и не высказывать осуждения. Эффективная методика общения с больным включает использование терминов, понятных ему, а также заверение пациента в том, что лечение будет обеспечено вне зависимости от его платежеспособности, гражданства, иммиграционного статуса, языка, на котором он говорит, или образа жизни.

При организации и проведении вторичных профилактических мероприятий среди заболевших подростков необходимо принимать во внимание их низкую информированность по вопросам ИППП, физиологии и контрацепции, а также высокую частоту употребления ими алкоголя, наркотических и токсических веществ. Оптимальным для подростков местом для диагностики и лечения различных ИППП может являться подростковый центр или подростковый кабинет при лечебном учреждении для взрослых. Врачу-дерматовенерологу необходимо привлекать психологов для работы с больными подростками. Особое внимание следует обращать на лиц, ставших жертвами сексуального насилия.

При подготовке врачей-дерматовенерологов в интернатуре и клинической ординатуре следует прививать им современный деонтологический подход к венерологическим пациентам, обучать их принципам адресной профилактической работы с контингентом риска и подростками-волонтерами, активно привлекать к проведению вторичных профилактических мероприятий и консультированию педагогов.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИППП

Индивидуальная профилактика ИППП может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения венерическим заболеванием в результате случайной половой связи.

Аутопрофилактика проводится с помощью индивидуальных портативных (карманных) профилактических средств, в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией. К числу таких средств относятся хлоргексидин биглюконат (Гибитан), Цидипол, Мирамистин и др.

Личная профилактика проводится также круглосуточно в пунктах индивидуальной профилактики, имеющих в кож-

но-венерологических диспансерах. Профилактика проводится мужчинам с помощью 2–3% водного раствора протаргола и вышеупомянутых Гибитана, Цидипола и др. Для женщин используют 1–2% раствор азотнокислого серебра, Гибитан, Цидипол.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ ВРАЧУ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИППП

1. Разъяснение пациенту о преимуществах здоровых сексуальных отношений и осведомление об ИППП

Врач должен разъяснить пациенту, что такое здоровые сексуальные отношения и дать информацию об ИППП. Это можно сделать двумя способами. Первый – средствами наглядной агитации: плакаты, информирующие о ВИЧ и ИППП, брошюры, книги, карикатуры или шаржи для лучшего осознания данной проблемы; второй – обсуждение с каждым пациентом факторов риска, возможности заражения, а также вопросы профилактики ИППП.

Для обсуждения при общении с подростками и взрослыми пациентами можно предложить несколько тем или вопросов по первичной профилактике ИППП:

- «Насколько Вы считаете себя сексуально активным?»
- «Сколько половых партнеров Вы имели за последний год или два?»
- «Ваш половой партнер – мужчина, женщина, оба?»
- «Как Вы предохраняетесь от беременности?»
- «Как Вы предохраняетесь от ИППП и ВИЧ?»

При этом необходимо подчеркнуть, что все обсуждаемые вопросы и вся беседа будут строго конфиденциальны. Кроме того, пациент должен быть уверен, что, если у него в будущем появятся какие-нибудь вопросы, врач всегда сможет дать на них исчерпывающий ответ.

Необходимой задачей врача является информирование пациента о важности моногамных отношений, однако необходимо также адекватное понимание того, что наличие постоянного полового партнера само по себе еще не может обеспечить защиту от ИППП.

При общении с пациентами препубертатного возраста (дети, подростки) необходимо к беседе привлекать и их родителей.

2. Обеспечение соответствующей информацией

Оценка уровня сексуальности:

Пациенты должны принимать факт, что они уже начали или могут начать половую жизнь до того, как смогут планировать профилактику ИППП. Врач, занимающийся ИППП, может точнее определить степень сексуальной активности пациента и подчеркнуть необходимость проведения профилактики ИППП.

Элементарные советы:

Постоянное использование презерватива, возможное воздержание от половых контактов, совместное обсуждение плана для достижения намеченных целей, информирование о безопасных методах профилактики ИППП.

Планирование профилактики:

Обсуждаются план профилактики ИППП с пациентами и их партнерами, а также способы безопасного секса. Сюда может быть включено обсуждение планов по ограничению сексуальной активности, проявлению инициативы по постоянному применению презервативов, обследованию вместе с партнером на ИППП и ВИЧ, работе с возможным неприятием партнером этих пунктов.

Необходимо выяснить, знают ли пациенты, где они могут приобретать презервативы, как правильно ими пользоваться, известны ли им признаки ИППП и знают ли они, как пройти тестирование и провести лечение, если это будет необходимо.

Представление о профилактике ИППП:

Необходимо обсудить с пациентом широко распространенное мнение о том, что профилактика ИППП не обязательна при моногамных (единобрачных) связях или с партнерами знакомыми и надежными. Чрезвычайно высокие показатели риска ИППП наблюдаются при моногамных (фактически серийно моногамных) отношениях с известными и надежными партнерами (когда неизвестно о наличии ИППП или ВИЧ у партнера).

Даже когда и пациент, и врач считают моногамные отношения безопасными, они не являются таковыми и требуют постоянного применения презерватива до тех пор, пока не будет проведено обследование на ИППП/ВИЧ.

Пациент не может оценивать вероятность наличия ИППП у партнера на основании лишь внешних признаков и самостоятельно начинать профилактические действия, основываясь на предположении, что партнер инфицирован.

В равной степени невозможно, чтобы врач оценивал вероятность наличия ИППП у пациента или его партнера на основании внешних признаков и предпринимал превентивные меры, предполагая, что пациент может быть инфицирован.

3. Планирование и мотивация профилактики

Врач должен:

- Разработать специальный план начала и продолжения профилактики ИППП, предпочтительно до того, как потребуются превентивные действия.
- Сделать акцент на *постоянстве* (например: «Всегда устанавливайте сексуальные ограничения или всегда пользуйтесь презервативами...»).
- Объяснять пациентам, что они должны правильно относиться к превентивному поведению (например: «Вы можете более или менее расслабиться и не беспокоиться, если вы постоянно устанавливаете ограничения и постоянно пользуетесь презервативами...»).
- Рекомендовать пациентам поощрять своих партнеров за поддержку их превентивных действий (например: дайте понять пациенту, что вы цените эту поддержку с его стороны).

Следует помочь пациентам понять необходимость применения профилактических мер:

- Акцентировать внимание на факторы риска ИППП (например: «Слишком многие мои пациентки перестали пользоваться презервативами, поскольку перешли на оральные контрацептивы, и часть из них заразилась ИППП...»).
- Сочетать информацию о факторах риска развития ИППП с убедительными рекомендациями превентивного поведения (например: «Вы должны сказать своему партнеру, что я настойчиво рекомендую всем моим пациенткам продолжать использовать презервативы независимо от приема противозачаточных таблеток. Этим Вы сможете в огромной степени уменьшить риск и ваше беспокойство по поводу ИППП...»).

Пациенты, которые применяют превентивные в отношении ИППП меры, должны будут участвовать в таких деликатных публичных актах, как покупка презервативов, поиск возможности обследоваться на ИППП/ВИЧ и беседы на тему ИППП с врачами. Врачи могут обсуждать все это со своими пациентами и выявить наличие возможностей, наиболее благоприятных для пациента по профилактике ИППП.

4. Вовлечение в профилактику ИППП других специалистов

Предупреждение ИППП подразумевает не только применение презервативов.

Необходимо обсуждение и других медицинских вопросов по профилактике ИППП, включающих следующее:

- Постоянное обсуждение с пациентами опасности ИППП и планирование их предупреждения врачами разных специальностей (семейные врачи, врачи общей практики, урологи, акушеры-гинекологи, проктологи, инфекционисты и др.).
- При назначении оральных средств контрацепции врач акушер-гинеколог должен объяснить пациентке, что имеется повышенная опасность ИППП, если оральные контрацептивы не сочетаются с барьерными методами.
- Пациентам, имеющим непостоянные половые связи, необходимо предложить вакцинацию против гепатита В. Гепатит В является заболеванием, передающимся в том числе и половым путем.
- Всем беременным следует предложить обследование на ВИЧ с соответствующими дотестовыми и послетестовыми рекомендациями и обсуждать с ними возможность предотвращения передачи ВИЧ от матери к плоду.
- На основании только осмотра врач не может сказать, которая из беременных пациенток находится в опасности инфицирования ВИЧ, так как неизвестно, кто из них имеет партнеров, подвергающих их этой опасности.
- Всем беременным пациенткам следует предложить обследование на ИППП, подчеркивая, что ИППП являются одной из главных причин преждевременных родов и способствуют другим перинатальным осложнениям.

5. Вторичная профилактика

В случаях хронического носительства вирусной ИППП вторичная профилактика может включать: сообщение партнерам пациента о его состоянии, об опасности передачи инфекции и эффективности шагов, которые необходимо предпринять для защиты, а также о необходимости для партнера пройти обследование на наличие ИППП.

Вторичная профилактика заключается также в активном и постоянном контроле, убеждении пациента в необходимости превентивного в отношении ИППП поведения с партнером (например, постоянные беседы и поощрение профилактики в случаях, когда имеется ВИЧ-инфекция).

6. Создание сети консультационных услуг

В кабинете врача должен быть перечень учреждений и организаций, обслуживающих пациентов с ИППП.

7. Самооценка

Каждый врач должен оценить, насколько успешно он проводит обсуждение вопросов, касающихся сексуального здоровья пациентов, обращаться к вопросам (темам), требующим при работе особого внимания, и быть настороже по отношению к практике, которая непреднамеренно провоцирует ИППП. Например, рекомендация по применению оральных контрацептивов без обсуждения вопросов использования методов барьерной контрацепции может быть причиной возникновения ИППП даже у пациенток, пропагандирующих моногамные отношения.

Профилактика ИППП в значительной мере обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции — презервативов.

ПРЕЗЕРВАТИВЫ И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ

Только воздержание или истинно моногамные отношения между двумя неинфицированными партнерами помогут гарантированно избежать ИППП. Предотвращение одного случая ИППП обычно ведет к предотвращению нескольких других.

Презервативы эффективны в предотвращении большинства ИППП, включая ВИЧ. Передача ВИЧ от инфицированного

к неинфицированному партнеру редко происходит у серодискордантных пар, которые постоянно пользуются презервативами.

Латексные презервативы непроницаемы для вируса иммунодефицита человека, вируса гепатита В и вируса простого герпеса, а также для *C. trachomatis* и *N. gonorrhoeae*.

Презервативы из натуральной кожи могут быть проницаемы для вируса гепатита В и для ВИЧ.

Причины ненадежности презервативов заключаются в их неправильном или непостоянном применении.

Рекомендации по правильному применению презервативов для снижения риска передачи ИППП

1. Следует пользоваться презервативами из латекса, поскольку они обеспечивают более надежную защиту от вирусных ИППП по сравнению с презервативами из натуральной кожи.
2. Презервативы должны храниться в прохладном сухом месте, не подвергаться воздействию солнечного света, давлению, сжатию. Не рекомендуется хранить презервативы в бумажнике, в автомобиле или любом другом месте, где они могут подвергнуться воздействию жары или сильного холода.
3. Не использовать презервативы, которые находятся в поврежденных упаковках или имеют явные признаки длительного хранения (например, хрупкость, липкость или изменение цвета), так как они не обеспечивают надежной профилактики инфицирования.
4. Обращаться с презервативом следует осторожно, чтобы избежать повреждения его ногтями, кольцами, зубами и т.д.
5. Презерватив следует надевать перед любым половым контактом, чтобы избежать воздействия отделяемого, которое может содержать микроорганизмы и быть источником инфицирования.
6. Убедитесь в том, что презерватив так приложен к пенису, что он легко будет развернут и не наложен «наизнанку» так, что его невозможно развернуть.
7. Возьмитесь за кончик презерватива и раскручивайте его на напряженный пенис, оставляя место в верхней части кондома для спермы и убедившись, что воздух не попал в его верхнюю часть.

8. Следует применять, если это необходимо, адекватную смазку, но только на водной основе. Смазки с содержанием нефтепродуктов или на масляной основе (такие, как вазелин, кулинарные масла, жиры и лосьоны) не должны применяться, так как они ослабляют прочность латекса.
9. Желательно применение презервативов со спермицидами, чтобы обеспечить дополнительную защиту от ИППП; однако при многократном использовании спермициды могут вызвать воспаление слизистой оболочки и способствовать инфицированию. При длительном применении спермициды могут также повышать опасность инфекций мочевого тракта у молодых женщин и вызывать изменения бактериальной флоры, приводя к бактериальному вагинозу и кандидозу.
10. Если презерватив порвался, его следует заменить немедленно. Если эякуляция произошла после разрыва презерватива, необходимо немедленное применение спермицида. Однако неизвестно, влияет ли применение спермицида после эякуляции на снижение риска передачи ИППП.
11. После эякуляции нужно позаботиться, чтобы презерватив не соскользнул с пениса до его извлечения; для этого нужно придерживать основание презерватива. Пенис следует извлекать еще в состоянии эрекции.
12. Презервативы никогда не должны использоваться повторно.

ПРЕПЯТСТВИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕЗЕРВАТИВОВ (С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТА) И СПОСОБЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Препятствия и аргументы пациента	Стратегия преодоления
<p>Снижает сексуальное удовольствие</p> <p>Примечание: часто это чувствуют те, кто никогда не пользовался презервативом</p>	<p>■ Посоветовать пациентам:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нанести каплю смазки на водной основе или слюны на кончик презерватива внутри или на головку пениса перед тем, как надеть презерватив • попробовать презерватив из более тонкого латекса или другой марки либо применить больше смазки

Препятствия и аргументы пациента	Стратегия преодоления
Снижает спонтанность половой активности	<ul style="list-style-type: none"> ■ Рекомендовать применение презерватива во время «прелюдии» ■ Напомнить пациентам, что спокойное отношение может усилить чувство удовлетворения для обоих партнеров
Смущает, это для «малолеток», это не «по-мужски»	<ul style="list-style-type: none"> ■ Напомнить, что «по-мужски» — это значит прежде всего защищать себя и других
Плохо подходит (слишком большой или слишком маленький, соскальзывает, неудобный)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Имеются презервативы различных размеров
Требует быстрого извлечения после эякуляции	<ul style="list-style-type: none"> ■ Подчеркните защитный характер быстрого извлечения и предложите замену другими посткоитальными сексуальными действиями
Опасность разрыва может привести к снижению сексуальной активности	<ul style="list-style-type: none"> ■ При длительном половом акте смазка высыхает и презерватив может порваться. Повторно нанесите водорастворимую смазку
Сексуальная активность без пенетрации	<ul style="list-style-type: none"> ■ Презервативы рекомендуется применять и при оральной форме контакта; для этой цели лучше пользоваться презервативом без смазки из-за ее вкуса ■ Другие барьеры, такие, как дентальные тонкие резиновые пластинки или разрезанный пополам презерватив без смазки, могут применяться при некоторых формах сексуальной активности без пенетрации (например, куннилингус и анолингвальный секс)
Аллергия на латекс	<ul style="list-style-type: none"> ■ Использовать полиуретановые презервативы для женщин ■ Презерватив из натуральной кожи может применяться вместе с латексным для защиты как мужчины, так и женщины от контакта с латексом

3. КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ СРЕДСТВА

Большинство современных контрацептивных методов эффективно предохраняет от беременности, однако не обеспечивает надежной защиты от ИППП. Уникальным методом, одновременно предохраняющим от беременности и большинства известных на сегодняшний день бактериальных и вирусных ИППП, включая ВИЧ, является мужской латексный презерватив. Именно поэтому он служит методом первого выбора для пациентов, относящихся к группе риска по заболеванию ИППП. Презервативы, произведенные из натуральных материалов (из кишки ягненка), не обеспечивают профилактики половых инфекций. Предположительная защитная роль пластиковых презервативов в отношении ИППП находится в стадии изучения.

Спермициды создают некоторую защиту от гонококковой и хламидийной инфекций. Однако не существует данных, подтверждающих профилактическую роль спермицидов в отношении вирусных ИППП, включая ВИЧ.

Диафрагмы, используемые вместе со спермицидами, защищают от инфекций цервикального канала. Однако их применение не устраняет риск инфицирования влагалища и мочевой системы.

Применение оральных контрацептивов приводит к снижению риска воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), однако не предохраняет от ИППП.

Использование внутриматочных контрацептивов связано с повышенным риском ВЗОМТ, особенно в первый месяц после введения. В дальнейшем использование внутриматочной спирали не влияет на риск возникновения ИППП и ВЗОМТ.

Стерилизация и естественные методы планирования семьи также не обеспечивают защиты от бактериальных и вирусных ИППП, включая ВИЧ.

Таким образом, высокоэффективные методы контрацепции (гормональный, внутриматочный и хирургический) не предохраняют от ИППП. Однако известно, что барьерные методы и спермициды, защищая от ИППП, не обеспечивают высокой контрацептивной эффективности. Поэтому для пациентов, относящихся к группе риска по заболеваниям, передаваемым половым путем, и нуждающихся в предохранении от беременности, рекомендуется так называемый двойной метод, подразумевающий одновременное использование высокоэффективного метода контрацепции (противозачаточные таблетки, ВМС и т.д.) и мужского латексного презерватива.

Правильная оценка степени риска ИППП помогает выбрать оптимальный метод предохранения от беременности для каждого пациента. Наличие ИППП, включая ВИЧ, в момент обращения или в течение трех месяцев, предшествовавших этому, не ограничивает применение гормональных и барьерных методов предохранения от беременности. Использование этих методов также не противопоказано женщинам группы риска по ИППП, к которой, по определению ВОЗ, относятся пациенты, имеющие более одного полового партнера. Наличие ИППП, включая ВИЧ, в настоящее время или в течение трех последних месяцев полностью исключает возможность применения ВМС из-за существующей опасности развития ВЗОМТ. Этот метод контрацепции также не рекомендуется пациентам, относящимся к группе риска по ИППП. В случае диагностирования ИППП процедура хирургической стерилизации должна быть отложена до полного выздоровления пациента.

Наличие у пациентов, нуждающихся в контрацепции, ВЗОМТ в настоящий момент или в анамнезе не является противопоказанием к использованию гормональных и барьерных методов контрацепции. Пациентам, имеющим ВЗОМТ в настоящий момент либо перенесшим это заболевание в течение трех последних месяцев, абсолютно противопоказано использование ВМС. При наличии ВЗОМТ в настоящий момент процедура хирургической стерилизации должна быть отложена до полного выздоровления пациента.

Клиники планирования семьи играют большую роль в охране репродуктивного здоровья населения, и в частности — в про-

филактиве ИППП. Каждое обращение пациентов, нуждающихся в контрацепции, предоставляет специалистам по планированию семьи возможность проведения консультирования о возможных путях заражения ИППП, о методах профилактики этих заболеваний. Полученная информация позволяет пациентам оценить собственный риск ИППП, а также осознанно выбрать оптимальный метод, обеспечивающий эффективную защиту как от нежелательной беременности, так и от заболеваний, передаваемых половым путем.

Влияние различных методов контрацепции на риск развития бактериальных и вирусных ИППП представлено в таблице 3.1.

Таблица 3.1

Влияние контрацептивов на риск развития бактериальных и вирусных ИППП

Метод	Бактериальные ИППП	Вирусные ИППП
Презервативы	Выраженный защитный эффект	Выраженный защитный эффект
Спермициды	Умеренный защитный эффект от гонореи и хламидиоза	Нет данных о защитном эффекте <i>in vivo</i>
Диафрагмы	Защитный эффект от ИППП, поражающих цервикальный канал	Профилактический эффект в отношении рака шейки матки
Гормональные контрацептивы	Отсутствие защитного эффекта Профилактический эффект в отношении ВЗОМТ	Отсутствие защитного эффекта
ВМС	Отсутствие защитного эффекта Повышенный риск ВЗОМТ в первый месяц после введения	Отсутствие защитного эффекта
Стерилизация	Отсутствие защитного эффекта	Отсутствие защитного эффекта
Естественные методы предохранения	Отсутствие защитного эффекта	Отсутствие защитного эффекта

4. КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Цель этого раздела — обеспечить единый повсеместный подход к диагностике и лечению ИППП.

Для диагностики и лечения ИППП требуется выяснение следующих моментов:

- определение степени риска развития ИППП у пациента;
- анамнез;
- данные клинического обследования;
- скрининговое и/или подтверждающее лабораторное исследование;
- постановка диагноза (синдромального или этиологического);
- консультирование пациента;
- выбор и проведение терапии;
- регистрация эпидемиологического случая (форма 089/у-кв);
- лечение сопутствующих заболеваний;
- выявление, обследование и лечение половых партнеров пациента;
- наблюдение после лечения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИППП

Индивидуальный риск определяется наличием различных обстоятельств, связанных с повышенной опасностью ИППП. Любой пациент, которого в данное время или в прошлом можно отнести к одной или нескольким из перечисленных ниже категорий, считается подверженным повышенному риску ИППП:

- половой контакт с лицом (лицами), страдающими ИППП;
- лица моложе 25 лет с многочисленными сексуальными партнерами;
- социально дезадаптированные лица (например, бездомные, наркозависимые и др.);

- половые контакты с новым партнером в последние 2 месяца;
- наличие более двух сексуальных партнеров в последние 6 месяцев;
- лица, не использующие средства контрацепции, в том числе барьерные методы;
- лица, применяющие инъекционные наркотики (имеют высокую опасность заражения ВИЧ/ВГВ/ВГС, а также другими ИППП);
- иммигранты или имеющие сексуальные отношения в странах, где отмечается эпидемия некоторых ИППП, а также их сексуальные партнеры;
- мужчины-гомосексуалисты;
- работники коммерческого секса, в том числе включающего «секс выживания» (в обмен на деньги, наркотики, приют, пищу).

СБОР АНАМНЕЗА

- Информацию следует получать, говоря в простой не осуждающей манере, на языке, понятном пациенту.
- В анамнезе должны быть отражены как локальные, так и общие симптомы, связанные с ИППП, наличие факторов риска (см. выше), полученное ранее лечение, наличие аллергических реакций, сопутствующие заболевания и другие элементы общего анамнеза.
- Вопросы дотестового консультирования лучше всего обсудить во время сбора анамнеза.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ВЗЯТИЕ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Процедура обследования может смущать некоторых пациентов. Поэтому врачи должны создавать доверительную обстановку:

- некоторые пациенты могут чувствовать себя более спокойно, если обследование проводится врачом того же пола;
- всех пациентов следует убедить, что будет сохраняться конфиденциальность.

Чувствительность	$190/200 = 95\%$
Специфичность	$1750/1800 = 97,2\%$
ПЗ+	$190/240 = 79,2\%$
ПЗ–	$1750/1760 = 99,4\%$

2. Вы предлагаете провести испытание нового теста. Испытуемыми являются 2000 женщин, 20 из которых имеют заболевание (1% распространенности):

		Проявления заболевания		Всего
		+	–	
Результаты тестирования	+	19	55	74
	–	1	1925	1926
Всего		20	1980	2000

Чувствительность	$19/20 = 95,0\%$
Специфичность	$1925/1980 = 97,2\%$
ПЗ+	$19/74 = 25,7\%$
ПЗ–	$1925/1926 = 99,9\%$

В обоих случаях чувствительность и специфичность метода осталась той же самой, но ПЗ+ уменьшилась с 79,2 до 25,7%. Таким образом, во втором случае (при распространенности инфекции 1%) из 74 пациентов, имевших положительный результат исследования, только 19 (25,7%) реально имели заболевание.

Приложение 7

Уровень иммуносупрессии у детей разного возраста, выраженный в числе CD-4

Уровень иммуносупрессии (CD-4)	Возраст		
	<12 месяцев	1–5 лет	6–12 лет
Иммуносупрессии нет	> 1500	> 1000	> 500
Иммуносупрессия средней степени	750–1499	500–999	200–499
Значительная иммуносупрессия	<750	<500	<200

Обследование с целью диагностики гепатитов

