

Руководящие принципы CDC по ведению заболеваний, передающихся половым путем, 2010

Отсутствие терапии или неадекватное лечение этих заболеваний может привести к серьезным проблемам со здоровьем и бесплодию.

ЦЕРВИЦИТ

Цервицит характеризуют два главных диагностических признака:

- 1) гнойные или слизисто-гнойные выделения из шейки матки (слизисто-гнойный цервицит)
- 2) кровотечение из эндоцервикса при половой жизни или при легком прикосновении ватной палочки (или оба эти признака), однако цервицит часто является бессимптомным.

Следует помнить, что обнаружение лейкореи (> 10 лейкоцитов в поле зрения при микроскопическом исследовании влажалошного содержимого) может быть связано с ИППП. В отсутствие воспалительного вагинита лейкоцитоз может быть чувствительным индикатором цервикального воспаления. Хотя некоторые специалисты рассматривают увеличение числа полиморфноядерных лейкоцитов в отделяемом из шейки матки при окрашивании мазка по Граму, как полезное дополнение для диагностики цервицита, эти критерии до сих пор не стандартизированы.

Этиология. Этиологическим фактором цервицита, как правило, являются *S. trachomatis*, *M. genitalium* или *N. gonorrhoeae*. Цервицит также может сопровождать трихомониаз и генитальный герпес (особенно первичную инфекцию вирусом простого герпеса-2). Однако, в большинстве случаев цервицита, особенно у женщин с относительно низким риском ЗППП (например, у женщин в возрасте > 30 лет), не удается выявить никакого возбудителя.

Диагностика. Поскольку цервицит может быть симптомом воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) (например, эндометрита), женщины, которые впервые обращаются за медицинской помощью по поводу цервицита, должны быть обследованы на ИППП и получать соответствующее лечение.

Лечение. Несколько факторов могут оказать влияние на принятие решения по вопросу: начать пробную терапию цервицита или ждать результатов диагностических анализов. Лечение антибиотиками *S. trachomatis* должно быть назначено женщинам с повышенным риском ЗППП (возраст ≤ 25 лет, новые/многочисленные сексуальные партнеры, незащищенный секс).

Рекомендуемые режимы для лечения цервицита:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Азитромицин 1 г перорально в однократной дозе или• Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день x 7 дней |
|---|

Рецидивирующий и персистирующий цервицит

Женщины с персистирующим цервицитом должны быть еще раз обследованы в отношении возможного повторного инфицирования. Если рецидив и/или ре-инфекция с развитием определенного ЗППП исключены, нет бактериального вагиноза, сексуальные партнеры обследованы и пролечены, варианты ведения такого персистирующего цервицита не определены; кроме того, полезность повторного или длительного назначения антибиотикотерапии по поводу длительно протекающего симптоматического цервицита остается неясной. В таком случае пациентки должны пройти дополнительное обследование, включая рассмотрение потенциальной роли *M. genitalium*.

M. genitalium при уретрите/цервиците негонококковой этиологии

Передача половым путем может быть связана с развитием уретрита и цервицита. Выделение этого микроорганизма в культуре представляет трудности, кроме того, может отмечаться его резистентность к традиционному лечению.

Рекомендуемый режим	Альтернативный режим
Азитромицин 1 г перорально однократно или Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день x 7 дней	Левифлоксацин 500 мг перорально один раз в день x 7 дней или Офлоксацин 300 мг перорально 2 раза в день x 7 дней

Рецидивирующий/персистирующий уретрит.

Персистирующий уретрит после лечения доксициклином может быть вызван устойчивым к доксициклину штаммами *U. urealyticum* или *M. genitalium*. Если режим первоначальной терапии не был нарушен и ре-инфекция исключена, может быть назначен следующий режим терапии в ожидании результатов диагностических тестов.

Рекомендуемый режим

Метронидазол 2 г перорально однократно **или**
Тинидазол 2 г перорально однократно **плюс**
Азитромицин 1 г перорально однократно (если не использовался при первоначальной терапии)

Исследования с ограниченным числом участников, у которых отмечалась неудача при лечении уретрита негонококковой этиологии, показали успешность терапии **Моксифлоксацином** в дозе 400 мг перорально один раз в день в течение 7 дней при выделении в качестве возбудителя **M. genitalium**.

ТРИХОМОНИАЗ

Диагностика. Метод микроскопирования влагалищного содержимого на *T. vaginalis* имеет чувствительность ≈ 60 %-70 % и требует немедленной оценки влажного мазка для получения оптимальных результатов.

Лечение. Нитроимидазолы – единственный класс препаратов, полезных для пероральной или парентеральной терапии трихомониаза, из которых в США FDA разрешены метронидазол и тинидазол.

Рекомендуемые режимы терапии трихомониаза	Альтернативные режимы терапии трихомониаза
<ul style="list-style-type: none">• Метронидазол 2 г перорально однократно или• Тинидазол 2 г перорально однократно	<ul style="list-style-type: none">• Метронидазол 500 мг перорально два раза в день x 7 дней

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ

CDC рекомендует ежегодный скрининг на хламидии у сексуально активных женщин в возрасте ≤ 25 лет. Активное проведение скрининговых программ способствовало снижению распространенности инфицирования *C. trachomatis* и показателей ВЗОМТ у женщин, т.к. бессимптомное течение инфекции среди женщин и мужчин достаточно распространено.

Рекомендуемые и альтернативные режимы, представленные ниже, излечивают инфекцию и устраняют симптомы заболевания.

Рекомендуемые режимы терапии хламидийной инфекции	Альтернативные режимы терапии хламидийной инфекции
Азитромицин 1 мг перорально однократно или Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней	Левифлоксацин 500 мг перорально один раз в день x 7 дней Офлоксацин 300 мг перорально 2 раза в день x 7 дней

Наблюдение. За исключением беременных женщин, которым необходимо провести повторное тестирование *спустя 3-4 недели* после завершения терапии, всем остальным лицам, прошедшим рекомендуемый или альтернативный курс терапии, оно необходимо только в том случае, если была нарушена комплаентность, сохраняются симптомы или есть подозрение на рецидив инфекции.

Кроме того, надежность результатов диагностического тестирования на хламидии в течение < 3 недель после завершения терапии (чтобы выявить пациентов, не отвечающих на терапию) не была подтверждена. Ложно-отрицательные результаты могут наблюдаться в случае персистирующей инфекции с вовлечением ограниченного числа хламидийных микроорганизмов, а ложно-положительные результаты – из-за персистенции нежизнеспособных микроорганизмов.

Большинство случаев рецидива инфекций связано с повторным заражением вследствие отсутствия или неадекватного лечения сексуального партнера. Ре-инфекция повышает риск развития ВЗОМТ и других осложнений. Хотя тестирование на *C. trachomatis* сразу после лечения не рекомендуется, необходимо проведение повторного тестирования недавно инфицированных женщин или мужчин примерно через 3 месяца после лечения, независимо от лечения их сексуальных партнеров. Если повторное тестирование через 3 месяца невозможно, клиницисты должны провести его в любой момент, когда пациентка придет на прием в течение 12 месяцев после первоначального обращения.

Хламидийная инфекция во время беременности. При беременности доксициклин, офлоксацин и левофлоксацин противопоказаны, однако клинический опыт и опубликованные результаты исследований показывают, что *азитромицин является эффективным и безопасным* средством. Повторное тестирование для подтверждения эрадикации хламидийной инфекции спустя 3 недели после завершения терапии с использованием нижеприведенных режимов рекомендуется у всех беременных женщин, принимая во внимание серьезные осложнения, которые могут произойти у матери и новорожденного при персистенции инфекции. Женщины в возрасте моложе 25 лет и те, у кого повышен риск хламидийного инфицирования (т.е., у женщин, имеющих нового или более одного сексуального партнера) также должны пройти повторное обследование в течение третьего триместра, чтобы предотвратить послеродовые осложнения и инфицирование новорожденного. Беременные женщины с диагностированной хламидийной инфекцией в течение первого триместра, должны не только пройти тестирование на эрадикацию хламидийной инфекции, но и повторное обследование через 3 месяца после лечения.

Рекомендуемые режимы терапии	Альтернативные режимы терапии
<ul style="list-style-type: none"> • Азитромицин 1 г перорально в однократной дозе <i>или</i> • Амоксициллин 500 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней 	Эритромицин 500 мг перорально 4 раза в день x 7 дней Эритромицин 250 mg перорально 4 раза в день x 7 дней Эритромицина этилсукцинат 800 мг перорально 4 раза в день x 7 дней Эритромицина этилсукцинат 400 мг перорально 4 раза в день x 14 дней

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) включают целый спектр воспалительных заболеваний верхних отделов генитального тракта, а именно, любую комбинацию эндометрита, сальпингита, tuboовариальный абсцесс и тазовый перитонит. Передаваемые половым путем микроорганизмы, особенно *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, во многих случаях вовлечены в патологический процесс; к ассоциированным микроорганизмам относятся также следующие представители вагинальной флоры: анаэробы, *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, кишечные Грам-отрицательные палочки и *Streptococcus agalactiae*. В некоторых случаях удается выявить также цитомегаловирус, *M. hominis*, *U. urealyticum* и *M. genitalium* в числе ассоциированных со ВЗОМТ микроорганизмов. Все женщины с острым ВЗОМТ должны пройти обследование на *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* и ВИЧ-инфицирование.

Специфические диагностические тесты для выявления ВЗОМТ включают следующие:

- биопсия эндометрия и гистологическое подтверждение эндометрита;
- трансвагинальная сонография или МРТ, демонстрирующие утолщение эндометрия, заполненные жидкостью маточные трубы, наличие жидкости в малом тазу или без таковой или tuboовариальное образование; возможно обследование с помощью Doppler;
- лапароскопия.

В некоторых случаях может потребоваться проведение нескольких из вышеприведенных диагностических методов. Так при проведении лапароскопии в отсутствие признаков сальпингита необходима биопсия эндометрия, т.к. эндометрит может явиться единственным симптомом ВЗОМТ.

Лечение (парентеральное). Для женщин с незначительными или умеренными проявлениями ВЗОМТ парентеральная или пероральная терапия обладают одинаковой клинической эффективностью. Клинический опыт помогает определить момент возможного перехода на пероральную терапию, который можно осуществить в течение 24–48 часов после улучшения клинического состояния пациентки. У женщин с tuboовариальными абсцессами рекомендуется лечение и тщательное наблюдение в стационаре в течение 24 часов.

Парентеральный режим А	Парентеральный режим В	Альтернативный парентеральный режим
Цефотетан 2 г в/венно каждые 12 часов <i>или</i> Цефокситин 2 г IV в/венно каждые 6 часов <i>плюс</i> Доксициклин 100 мг перорально или в/вено каждые 12 часов	Клиндамицин 900 мг в/венно каждые 8 часов <i>плюс</i> Гентамицин в/венно или в/мышечно (2 мг/кг веса), затем поддерживающая доза (1.5 мг/кг) каждые 8 часов. В качестве возможной замены: единственная доза 3–5 мг/кг	Ампициллин/Сульбактам 3 г в/венно каждые 6 часов <i>плюс</i> Доксициклин 100 мг перорально или в/вено каждые 12 часов

Парентеральная терапия может быть прекращена через 24 часа после клинического улучшения, но пероральная терапия доксициклином (100 мг два раза в день) должна быть продолжена до завершения 14-дневного курса терапии. При наличии tuboовариального абсцесса клиндамицин или метронидазол с доксициклином должны применяться для продолжения терапии, а не монотерапия доксициклином, поскольку такая терапия более эффективна в отношении анаэробных микроорганизмов.

Имеются ограниченные данные в поддержку терапии цефалоспорины второго или третьего поколения (например, цефтизоксим, цефотаксим и цефтриаксон), которые также могут явиться эффективной терапией ВЗОМТ и потенциальной заменой цефотетана и цефокситина.

При наличии tuboовариального абсцесса клиндамицин может быть более предпочтительным по сравнению с доксициклином, так как обеспечивает лучший эффект в отношении анаэробных микроорганизмов.

Лечение (пероральное). Амбулаторная терапия назначается пациенткам с незначительными или умеренными проявлениями ВЗОМТ, т.к. результаты исследований свидетельствуют о сходной эффективности перорального и парентерального режимов терапии. Следующие режимы терапии обеспечивают лечебный эффект в отношении наиболее распространенных микроорганизмов, являющихся этиологическими факторами ВЗОМТ.

Пациентки, получающие безуспешную пероральную терапию в течение 72 часов должны пройти дополнительное обследование для подтверждения диагноза и быть переведены на парентеральный режим терапии (амбулаторно или стационарно).

Рекомендуемый режим терапии

Цефтриаксон 250 мг в/мышечно в однократной дозе

плюс

Доксициклин 100 мг перорально два раза в день в течение 14 дней

в сочетании или без

Метронидазол 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней

или

Цефокситин 2 г в/мышечно однократно и **Пробенесид**, 1 г перорально одновременно в однократной дозе

плюс

Доксициклин 100 мг перорально два раза в день в течение 14 дней

в сочетании или без

Метронидазол 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней

или

Другие парентеральные цефалоспорины третьего поколения (e.g., ceftizoxime or cefotaxime)

плюс

Доксициклин 100 мг перорально два раза в день в течение 14 дней

в сочетании или без

Метронидазол 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней

Наблюдение. Пациентки должны продемонстрировать признаки клинического улучшения в течение 3 дней от момента начала терапии. Пациентки, у которых нет клинического улучшения от получаемого перорального или парентерального лечения должны быть госпитализированы, пройти дополнительное тестирование и, возможно, хирургическое лечение.