

Т.И.КАВЛИС, В.Ф.КИРИЧЕНКО,  
Б.М.ТАЙЦ

Санкт-Петербургская педиатрическая  
медицинская академия.  
Комитет по здравоохранению  
администрации Санкт-Петербурга

## НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВОМ ПУТЕМ\*

**В статье сообщается о новом -  
синдромном - подходе к тактике  
ведения пациентов с  
заболеваниями,  
передаваемыми половым путем.**

Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП) широко распространены во всем мире и являются серьезной проблемой для многих стран, в том числе как для России в целом, так и для Санкт-Петербурга.

В среднем в год по Санкт-Петербургу регистрируется более 75 тысяч случаев инфекций, относящихся к группе ЗППП: трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз, урогенитальный кандидоз, остроконечные кондиломы, генитальный герпес. Эти заболевания имеют большое социально-экономическое значение, так как являются причиной бесплодия, преждевременных родов, рождения детей с признаками инфекции и развитием в дальнейшем энцефалопатии, гнойно-септических инфекций после родов и аборта, рака шейки матки у инфицированных женщин (табл. 1).

С 1990 года началась активная диагностика, а с 1993 года регистрация инфекций 2-го поколения, передаваемых половым путем: хламидиоза, уреаплазмоза и других, хотя регистрация их неполная, что связано с недостаточным уровнем количественной и качественной диагностики.

Такие заболевания, как герпес, хламидиоз, гонорея, сифилис, трихомониаз, могут увеличить риск передачи ВИЧ в 2-9 раз (ВОЗ).

Общепринятым в лечении

ЗППП до недавнего времени было выявление этиологического фактора путем использования лабораторных тестов для идентификации возбудителя. Этиологическая диагностика - идеальный метод, хотя сопряжен с рядом проблем, главные из которых - дороговизна и длительность, что порой при ожидании результатов ведет к отсрочке лечения ЗППП.

Существует и клинический метод диагностики, основанный на опыте врача идентифицировать симптомы, типичные для определенных ЗППП, но также не лишенный недостатков, так как затрудняет диагностику смешанных инфекций.

ВОЗ предлагает новый - синдромный - подход к тактике ведения пациентов. Хотя существует более 20 различных ЗППП, они имеют сходные симптомы. Например, выделения из влагалища, генитальные язвы - наиболее частые проявления ЗППП.

В табл. 2 приведены жалобы пациенток, основные синдромы ЗППП, их этиология. Каждый синдром может иметь несколько причин. Для того, чтобы ответить на вопрос, какой микроорганизм вызывает определенный синдром, необходима хорошо оснащенная лаборатория, которая есть не во всех медицинских учреждениях. В связи с этим ВОЗ рекомендует использовать синдромный подход при ведении пациентов с ЗППП. При наличии



Журнал  
акушерства  
и женских  
болезней

\* Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов.

Заболевание	Число больных	Показатель на 100 тыс. насел.	% от всего числа ЗППП
Трихомониаз	21081	439,0	22,1
Гарднереллез	15159	316,0	15,9
Хламидиоз	13375	278,0	14,0
Уремиоплазмоз	12066	251,0	12,7
Урогенитальный кандидоз	10843	256,0	11,4
Гонорея	8487	177,0	8,9
Остроконечные кондиломы	1791	37,3	37,3
Урогенитальный герпес	1054	21,9	1,1
Сифилис	11401	237,0	12,0
Всего	95257	2179,3	100,0

Синдром	Жалобы	Симптомы	Наиболее распространенные этиологические причины
Выделения из влагалища	Выделения из влагалища Зуд во влагалище Дузурия Боль при половом акте	Выделения из влагалища	Вагинит: - трихомониаз, - кандидоз Цервицит: - гонорея, - хламидиоз
Боль в низу живота	Боль в низу живота и боль во время полового акта	Выделения из влагалища Болезненность в нижней части живота при пальпации Температура > 38°C	- гонорея - хламидиоз Смешанная анаэробная инфекция
Генитальная язва	Эрозия или язва гениталий	Генитальная язва Увеличенные паховые лимфатические узлы	Сифилис Генитальный герпес

определенного синдрома, приходится лечить больного от всех наиболее часто встречающихся ЗППП, вызывающих этот синдром. Для идентификации синдромов необходимо построить блок-схему на каждый из них (см. в конце).

Блок-схема состоит из трех блоков:

- клинические проявления (симптомы);
- решения, которые должны быть приняты;
- действия, которые должны быть осуществлены.

#### Лечение вагинита

(наблюдается при трихомониазе, кандидозе, бактериальном вагинозе) для лечения трихомониаза, бактериального вагиноза назначается:

- тинидазол (фазижин) 2,0 перорально однократно [1], или

- метронидазол (трихопол, флагил) 500 мг, 2 раза в день перорально в течение 7 дней, или
- тиберал 0,5 г, 2 раза в день перорально после еды в течение 3-5 дней, или
- атрикан 0,25 г, 2 раза в день перорально после еды в течение 4 дней.

Для лечения вагинального кандидоза назначается:

- бетадин (свечи) 1 раз на ночь в течение 14 дней или
- пимафуцин (свечи) 1 раз (0,1 г) на ночь в течение 6-10 дней, или
- клотримазол (свечи, таблетки) 1 раз на ночь в течение 6 дней.

### **Лечение цервита**

(наблюдается при гонорее, хламидозе).

Для лечения гонококкового цервита назначается:

- ципрофлоксацин 500-750 мг, перорально однократно, при хронической форме - 500 мг 2 раза в день в курсовой дозе 3,75-5,0 г, или
- цетриаксон 250 мг, однократно в/м при хронической форме - 250 мг, 1 раз в день в курсовой дозе 7,5 г, или
- пефлоксацин (абактал) 0,6 г, однократно перорально, при хронической форме 600 мг 1 раз в день в курсовой дозе 2,4 г, или
- спектиномицин (тробацин) 2 г, в/м однократно, 4,0 г, в/м однократно (по 2,0 г в разные ягодичи), или
- канамицин 2,0 г в/м однократно, при хронической форме - 1 млн ЕД через 12 часов в курсовой дозе 6 млн ЕД.

Противопоказано одновременное назначение с другими препаратами, обладающими ото- и нефротоксическим действием, или

- триметоприм 80 мг/сульфаметоксазол 400 мг (бисептол) 10 таблеток перорально 1 раз в день в течение 3 дней.

Для лечения хламидийного цервицита назначается:

- доксициклин 0,1 г, 2 раза в день перорально после еды 7 дней, при хронической форме - 14-21

день, или

- азитромицин (сумамед) 1,0 г, перорально однократно за час до еды или через 2 часа после еды, при хронической форме - в последующие дни по 250 мг 1 раз в день в курсовой дозе 3,0 г, или

- норфлоксацин 400 мг 2 раза в день перорально в течение 7 дней, при хронической форме - в течение 14 дней. Нецелесообразно сочетать с другими фторхинолами;

- рулид 0,15 г 2 раза в день перорально в течение 7-10 дней.

При хронической форме гонореи и хламидиоза рекомендуется применение иммунотерапии, физиотерапии и местного лечения.

Аргументы в пользу использования блок-схем:

- безотлагательность лечения в лечебных учреждениях первичного уровня (женская консультация), возможность начинать лечение при первом же обращении к врачу;

- более широкая доступность лечения за счет возможности предоставления его в большем количестве учреждений;

- возможность проведения профилактических мероприятий, таких, как просвещение и распространение презервативов.

Таким образом, этиологический и клинический методы направлены на лечение только одного заболевания, синдромный же подход предлагает немедленное лечение всех наиболее распространенных инфекций. При наличии необходимых лекарств синдромный подход быстро приведет к излечению.

Следует помнить: быстрое и эффективное лечение ЗППП - наилучший путь прерывания цикла передачи инфекции. Для контроля ЗППП синдромный подход является наилучшим.

Итак, цель синдромного подхода:

- использовать блок-схему для постановки точного диагноза ЗППП;
- правильно назначить лече-

ние при каждом конкретном диагнозе;

- дать совет и просветить пациенток по некоторым важным вопросам.

Лечение всех пациентов с ЗППП нужно начинать с момента их первого визита в медицинское учреждение.

В течение 1998 г. консультантом ВОЗ по ЗППП Кавлис Т.И. совместно с Комитетом по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга проведена большая работа по внедрению синдромного подхода и ведению пациентов с ЗППП. В июне 1998 г. вопрос был обсужден на расширенном совещании комитета с участием венерологов, акушеров-гинекологов, урологов. Комитетом по здравоохранению СПб издано распоряжение № 212 от 21.10.98 "О неотложных мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем, и внедрению синдромного подхода к лечению ЗППП в Санкт-Петербурге".

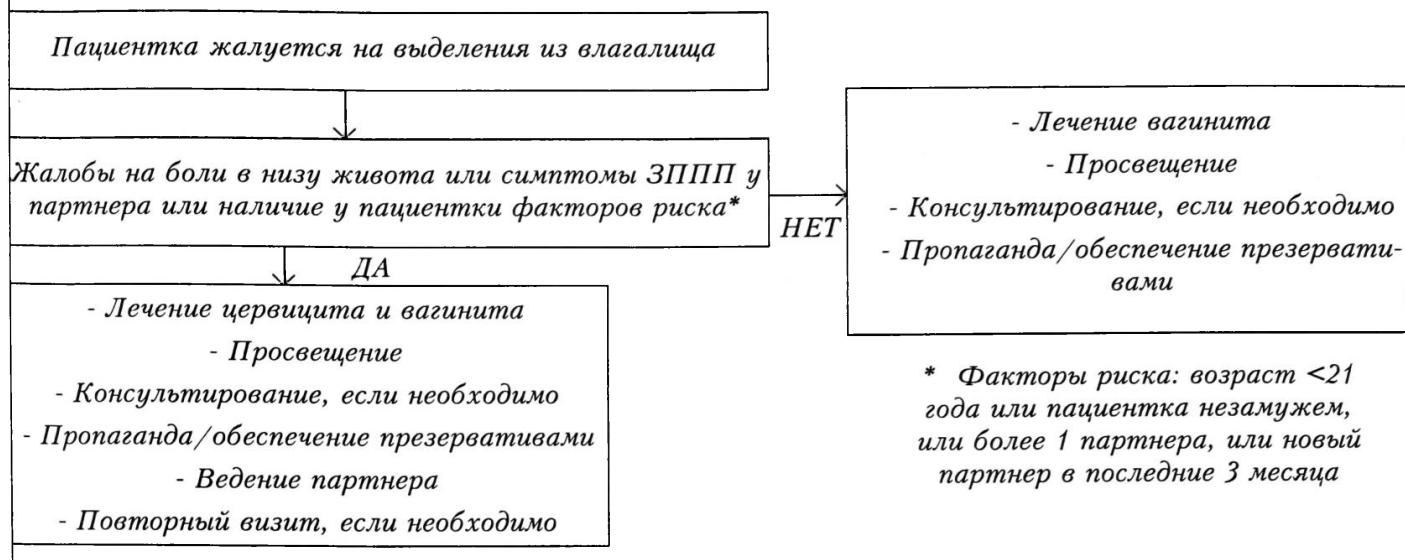
С 15.11.98 г. началось внедрение синдромного подхода к диагностике и лечению ЗППП (за исключением сифилиса) в учреждениях акушерско-гинекологического, урологического и дерматовенерологического профиля в Калининском и Кировском районах, а также в Гор.КВД (в том числе и сифилиса). С начала 1999 года синдромный подход при ведении ЗППП будет внедрен в Ленинградской области. Применение синдромного подхода к диагностике и лечению больных сифилисом разрешено только в Гор.КВД.

Исключается использование синдромного подхода в следующих группах потенциальных больных: беременные, несовершеннолетние, с реинфекцией, лица декретированных профессий, с подозрением на сифилис.

За пациентом остается право выбора лечения ЗППП после обследования с целью выявления этиологического фактора.

При положительном опыте работы в двух районах города,

## БЛОК-СХЕМА ЗППП, ПРИМЕНЯЕМАЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ



синдромный подход планируется внедрить на всей территории Санкт-Петербурга. Широкое использование синдромного подхода, по прогнозам ВОЗ, будет способствовать снижению распространённости ЗППП и их осложнений.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Учебно-методическое пособие по тактике ведения больного с ЗППП. ВОЗ, 1998.
2. Статистические данные комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга по распространённости ЗППП. 1997.