

Е. Ф. Кира

Кафедра акушерства и гинекологии
Российской Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург

ИНФЕКЦИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ (ЧАСТЬ IV)

Гонорея. Жалобы пациенток зависят от локализации инфекционного очага. При поражении уретры (наиболее частая локализация) обычными симптомами являются болезненные ощущения при мочеиспускании: рези, жжение, зуд; дизурические явления: учащенное мочеиспускание, мочеиспускание малыми порциями мочи, появление чувства незаконченного мочеиспускания. Больные могут самостоятельно отмечать появление гнойного отделяемого из уретры. Однако в течение короткого времени жалобы могут исчезнуть.

Гонорейный цервицит не вызывает болезненных ощущений. Основными жалобами являются повышенное количество белей, редко гнойного характера, которые в хронической стадии заболевания часто становятся очень скудными.

При гонорейном проктите пациентки жалуются на жжение, зуд и жар в области заднего прохода; ощущаются частые позывы к дефекации.

При гонорейном бартолините больные отмечают припухлость в области больших половых губ и сильные боли. В случае образования абсцесса бартолиниевой железы при участии условно-патогенной микрофлоры боли распространяются на соответствующую половину вульвы и не стихают до самопроизвольного или хирургического вскрытия абсцесса.

При переходе заболевания в хроническую стадию проявления инфекционного процесса становятся менее выраженными. Как и при латентной форме гонореи, в хроническую стадию гонококки могут обнаруживаться в любом участке мочеполовых органов, но наиболее часто - в железах слизистой оболочки цервикального канала.

При распространении процесса за пределы внутреннего маточ-

ного зева (восходящая гонорея) поражаются матка и придатки, что сопровождается характерной клинической картиной эндометрита, сальпингооофорита, тубосальпинкса, пельвиоперитонита.

Трихомоноз. Заболевание характеризуется многоочаговостью поражений различных отделов мочеполовой системы, затяжным течением и склонностью к рецидивам. Наиболее часто наблюдаются вагинит, уретрит, цервицит. Больные предъявляют жалобы на обильные пенящиеся выделения гнойного характера и зеленоватого цвета из половых путей, боли, зуд в области наружных половых органов и дизурические явления. Слизистая оболочка преддверия влагалища и влагалищной части шейки матки гиперемированы, отечны, легко кровоточат.

При хроническом трихомонадном вагините местные воспалительные изменения выражены незначительно.

Большинство мужчин, инфицированных *T. vaginalis*, не имеет симптомов, хотя у небольшого количества выявляется НГУ. У женщин, большинство из которых имеет симптомы, *T. vaginalis* вызывает характерные диффузные выделения желто-зеленого цвета с неприятным запахом и явления раздражения вульвы, хотя многие женщины имеют незначительные симптомы. Недавно получены доказательства возможной связи между трихомониазом влагалища и неблагоприятными исходами беременности (особенно ранним разрывом плодного пузыря и преждевременными родами).

Рекомендованная схема

Метронидазол

2 г перорально однократно
или

Орнидазол (тиберал)

перорально 2 г однократно



Орнидазол (тиберал)
перорально 250 мг 2 раза в день
5-7 дней

или

Метронидазол 500 мг
2 раза в день
в течение 7 дней

* FDA одобрил применение флагаила - 375 два раза в день в течение 7 дней - для лечения трихомоноза на основании фармакокинетического сходства с применением метронидазола 250 мг три раза в день ежедневно в течение 7 дней. Однако нет клинических данных, подтверждающих клиническое сходство этих двух схем.

В США для лечения трихомоноза используется только пероральный метронидазол. Рандомизированные испытания показали, что вероятность излечения при использовании рекомендованных схем с метронидазолом составляет приблизительно 90-95%, лечение половых партнеров может повысить этот уровень излечиваемости. Лечение пациентов и половых партнеров приводит к исчезновению симптомов, микробиологическому излечению и снижению вероятности передачи инфекции. Метронидазол-гель был одобрен для лечения БВ, но, как и другие местные антибактериальные препараты, концентрация которых не достигает терапевтического уровня в уретре или в бартолиновых железах, он значительно менее эффективен для лечения трихомоноза, чем пероральные препараты метронидазола, и поэтому не рекомендуется для использования. Некоторые другие местные антибактериальные препараты используются для лечения трихомоноза, но, вероятно, их эффективность не выше, чем у метронидазол-геля.

Последующее наблюдение не является необходимым для мужчин и женщин, у которых исчезли симптомы после лечения или которые изначально не имели симптомов.

Инфекции, вызванные штаммами *T. vaginalis* со сниженной чувствительностью к метронидазолу и его аналогам, могут встре-

чатся. Однако большинство из этих микроорганизмов элиминировались после применения более высоких доз препарата. Если нарушается режим лечения, пациент должен быть пролечен повторно по схеме: метронидазол 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Если лечение снова неэффективно, необходимо назначить пациенту метронидазол 2 г один раз в день в течение 3-5 дней.

Пациенты, у которых инфекция подтверждена выделением культуры, а лечение, проведенное по рекомендованным схемам, оказалось неэффективным, и у которых исключена реинфекция, необходимо определение чувствительности *T. vaginalis* к препаратам группы метронидазола.

Ведение половых партнеров. Половые партнеры должны быть пролечены. Пациентов следует предупреждать о необходимости избегать половых сношений до излечения. При отсутствии микробиологического подтверждения излечения это означает - до момента завершения лечения и отсутствия у пациента и его партнеров симптомов заболевания.

Особые замечания

Аллергия, непереносимость и побочные эффекты. Эффективных альтернативных метронидазолу схем лечения не существует. Пациентам с аллергией к метронидазолу может быть назначена десенсибилизация.

Беременность. Пациентки могут быть пролечены метронидазолом в дозе 2 г однократно.

ВИЧ-инфекция. Лица с ВИЧ-инфекцией и трихомонозом должны получать такое же лечение, как и пациенты без ВИЧ-инфекции.

Кандидоз. По проведенным оценкам, у 75% женщин наблюдается по крайней мере один эпизод УГК в течение жизни, а у 40-45% - два или более эпизодов. У небольшого процента женщин (вероятно, менее 5%) развивается рецидивирующий УГК (РУГК). Наиболее частыми локализациями поражения грибами рода *Candida*, *Torulopsis* или другими дрожжеподобными грибами являются влагалище, вульва, кожа перианальной

области, уретра. Заболевание протекает по типу вульвовагинита или дерматита вульвы.

К типичным симптомам ВВК относятся зуд и выделения из влагалища. Кроме того, может наблюдаться болезненность во влагалище, раздражение в области вульвы, диспареуния и наружная дизурия. У небеременных женщин жалобы, как правило, преобладают над клиническими проявлениями заболевания. Больные отмечают зуд и жжение в области наружных половых органов, серо-белые «творожистые» выделения из половых путей и уретры, расстройство мочеиспускания. Отмечается отек вульвы, гиперемия и кровоточивость слизистых, на коже - участки гиперемии и мацерации. Характерным признаком заболевания являются серо-белые налеты на слизистых, с трудом отделяемые шпателем, под которыми обнаруживаются участки ярко гиперемизированной слизистой.

У беременных выраженная клиническая картина кандидозного вульвовагинита редко сопровождается субъективными жалобами.

Замечания по диагностике

Диагноз можно верифицировать на основании признаков и симптомов вагинита, а также, если: а) во влажном препарате или окрашенном по Граму мазке влагалищных выделений обнаружены дрожжеподобные грибы или псевдогрибы или б) культуральное исследование или другие тесты указывают на наличие дрожжеподобных грибов. Кандидозный вагинит ассоциируется с нормальным pH влагалища (меньше или равно 4,5). Использование 10%-ного КОН во влажном препарате улучшает распознавание дрожжей и мицелия, так как такая обработка разрушает клеточный материал и способствует лучшей визуализации мазка. Идентификация *Candida* при отсутствии симптомов не является показанием для лечения, поскольку приблизительно у 10-20% женщин *Candida* и другие дрожжеподобные грибы являются нормальными обитателями влагалища. УГК могут обнаруживаться у женщины вместе с другими ЗППП или часто возникают после проведения антибактериальной терапии.

Лечение

Препараты для местного применения обеспечивают эффективное лечение УГК. Применяемые местно азоловые препараты более эффективны, чем нистатин. Лечение азолами приводит к исчезновению симптомов и микробиологическому излечению в 80-90% случаев после завершения терапии.

Рекомендованные схемы

Следующие интравагинальные формы препаратов рекомендуются для лечения УГК:

Бутоконазол 2% крем,
5 г интравагинально ежедневно
в течение 3 дней**

или

Клотримазол 1% крем,
5 г интравагинально ежедневно
в течение 7-14 дней**

или

Клотримазол 100 мг
вагинальная таблетка
ежедневно
в течение 7 дней*

или

Клотримазол 100 мг
вагинальная таблетка,
по 2 таблетки
в течение 3 дней*

или

Клотримазол 500 мг
вагинальная таблетка одно-
кратно*

или

Миконазол 2% крем,
5 г интравагинально ежедневно
в течение 7 дней**

или

Миконазол 200 мг
вагинальные свечи,
по 1 свече ежедневно
в течение 3 дней**

или

Миконазол 100 мг
вагинальные свечи,
по 1 свече ежедневно
в течение 7 дней**

или

Нистатин 100 000 ЕД
вагинальная таблетка
ежедневно
в течение 14 дней

или

Тиокконазол 6,5% мазь,
5 г интравагинально
однократно**

или

Терконазол 0,4% крем,
5 г интравагинально ежедневно
в течение 7 дней*

или

Терконазол 0,8% крем,
5 г интравагинально ежедневно
в течение 3 дней*

или

Терконазол 80 мг свечи,
по 1 свече ежедневно
в течение 3 дней*

или

Флюконазол 150 мг
пероральная таблетка,
одна таблетка однократно

* Эти кремы и свечи имеют масляную основу и могут повреждать латексные презервативы и диафрагмы.

** Препараты отпускаются без рецепта (ОТС).

Интравагинальные формы бутоконазола, клотримазола, миконазола и тиокконазола отпускаются без рецепта. Продолжительность лечения этими препаратами может составлять 1, 3 или 7 дней.

Самолечение препаратами, которые отпускаются без рецепта, рекомендуется только в тех случаях, если у женщины раньше был диагностирован УГК или наблюдаются такие симптомы при рецидивах. Любой женщине, у которой симптомы персистируют после лечения средствами, отпускаемыми без рецептов, или рецидивы симптомов наблюдаются в течение 2 месяцев, следует обращаться за медицинской помощью.

Новая классификация УГК может облегчить выбор противогрибковых препаратов, а также продолжительность лечения. Неосложненные ВВК (от слабо выраженных до умеренных, спорадических, нерецидивирующих заболеваний), вызванные чувствительными штаммами *C. albicans*, хорошо лечатся препаратами азола, даже при коротком (< 7 дней) курсе или при использовании однократной дозы препаратов. Напротив, осложненные УГК (тяжелые местные или рецидивирующие УГК у пациентки, имеющей соматические заболевания, например неконтролируемый диабет или инфекцию, вызванную менее чувствительными грибами, требуют более продолжительного (10-14 дней) лечения с приме-

нием либо местных, либо пероральных препаратов азола. Дополнительные исследования, подтверждающие правильность этого подхода, продолжаются.

Альтернативные схемы. В ряде испытаний показано, что некоторые пероральные азоловые препараты, такие, как кетоконазол и итраконазол, могут быть так же эффективны, как и препараты для местного применения. Простота использования пероральных препаратов является их преимуществом по сравнению с препаратами местного действия. Однако необходимо иметь в виду возможное проявление токсичности при использовании системных препаратов, особенно кетоконазола.

Последующее наблюдение.

Пациенты должны быть проинструктированы о необходимости повторного визита только в том случае, если симптомы не исчезают или рецидивируют.

Ведение половых партнеров.

УГК не передается половым путем; лечение половых партнеров не требуется, но может быть рекомендовано для пациенток с рецидивирующей инфекцией. У незначительного числа половых партнеров-мужчин может наблюдаться баланит, характеризующийся эритематозными участками на головке полового члена в сочетании с зудом или воспалением; таких партнеров следует пролечивать с использованием местных противогрибковых препаратов до разрешения симптомов.

Особые замечания

Аллергия и непереносимость рекомендованных препаратов.

Местные средства обычно не вызывают системных побочных эффектов, хотя возможно возникновение жжения или воспаление. Пероральные средства иногда вызывают тошноту, боли в животе и головные боли. Терапия с использованием пероральных азолов иногда приводит к повышению уровней печеночных ферментов. Частота возникновения гепатотоксичности, связанной с терапией кетоконазолом, колеблется на уровне от 1:10 000 до 1:15 000. Могут наблюдаться реакции, свя-

занные с одновременным назначением таких препаратов, как астемизол, антагонисты кальциевых каналов, цизаприд, кумариноподобные агенты, циклоспорин А, пероральные препараты, снижающие содержание сахара в крови, фенитоин, такролим, терфенадин, теofilлин, тиметрексам и рифампин.

Беременность. УГК часто наблюдается у беременных женщин. Для лечения можно использовать только препараты азола для местного применения. У беременных наиболее эффективными препаратами являются: клотримазол, миконазол, бутоконазол и терконазол. Во время беременности большинство экспертов рекомендует 7-дневный курс терапии.

ВИЧ-инфекция. Проводимые в настоящее время проспективные контролируемые исследования подтверждают возрастание количества УГК у ВИЧ-инфицированных женщин. Нет подтвержденных данных о различной реакции ВИЧ-серопозитивных женщин с УГК на соответствующую противогрибковую терапию. Поэтому женщин с ВИЧ-инфекцией и острым кандидозом следует лечить так же, как и женщин без ВИЧ-инфекции.

Рецидивирующий урогенитальный кандидоз. Рецидивирующим урогенитальным кандидозом (РУГК), обычно определяемым как четыре и более эпизодов УГК в год, страдает небольшое число женщин (менее 5%). Патогенез УГК изучен плохо. К факторам риска относятся: диабет, иммуносупрессия, лечение антибиотиками широкого спектра действия, лечение кортикостероидами и ВИЧ-инфекция, хотя у большинства женщин с рецидивирующим кандидозом связь с этими факторами не очевидна. В клинических испытаниях по ведению пациенток с РУГК применяли непрерывную терапию между эпизодами.

Лечение. Оптимальная схема лечения РВВК не установлена. Однако рекомендуется применять первоначально интенсивную схему в течение 10-14 дней, а затем продолжить поддерживающее лечение по крайней мере в течение 6 месяцев. Кетоконазол, 100 мг перорально 1 раз в день на протя-

жении ≤ 6 месяцев снижает частоту эпизодов РУГК. В недавно проведенных исследованиях оценивалось еженедельное применение флюконазола. Полученные результаты показали, что так же, как и при его использовании один раз в месяц или при местном применении, флюконазол имеет лишь умеренный защитный эффект. Все случаи РУГК должны быть подтверждены культуральным методом до того как начать поддерживающую терапию.

Несмотря на то, что пациентки с РУГК должны быть обследованы на наличие predisполагающих факторов риска, рутинное выполнение тестов на ВИЧ-инфекцию у женщин с РУГК, не имеющих факторов риска в отношении ВИЧ-инфекции, не рекомендуется.

Последующее наблюдение.

Пациентки, получающие лечение по поводу РВВК, должны проходить регулярное обследование для определения эффективности лечения и выявления побочных эффектов.

Ведение половых партнеров.

Лечение половых партнеров местными средствами может быть рекомендовано в том случае, если у них есть симптомы баланита или дерматита на коже полового члена. Однако рутинное лечение половых партнеров обычно не рекомендуется.

Особые замечания

ВИЧ-инфекция. Имеется мало данных, касающихся оптимального ведения РУГК у ВИЧ-инфицированных женщин. Пока эта информация недостаточна, ведение таких женщин должно осуществляться так же, как и женщин без ВИЧ-инфекции.

Хламидийная инфекция. Уреаплазмоз. Хламидийная генитальная инфекция широко распространена как среди подростков и молодых, так и у взрослых лиц в США и многих западноевропейских странах. Характерной клинической картины урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза (микоплазмоза) нет. Бессимптомная инфекция встречается как у мужчин, так и у женщин. Особенности биологических свойств возбу-

дителей определяют незаметное начало заболевания и часто бессимптомное его течение. Признаком генитального хламидиоза и/или микоплазмоза может быть слизисто-гнойный эндоцервицит. Наряду с эндоцервицитом может иметь место специфический или неспецифический (бактериальный) уретрит. Восходящее инфицирование полости матки, маточных труб, брюшины соответственно влечет за собой развитие эндометрита, сальпингита, спайного процесса органов малого таза, перисигмоидита. Часто единственным проявлением болезни является эндоцервицит и псевдоэрозия шейки матки, ярко-красная, с ровными краями, симметричная по отношению к наружному зеву.

Наиболее частыми жалобами пациенток с урогенитальным хламидиозом и/или микоплазмозом являются зуд половых органов, незначительно повышенное количество слизистых выделений из половых органов, периодически возникающие боли в низу живота, дизурические явления, нарушение менструального цикла, бесплодие, привычное невынашивание, замершие беременности, мертворождения, явления угрозы прерывания и токсикоза при беременности в анамнезе, наличие у полового партнера уретрита, ослабление его потенции (в силу развития простатита) или прямое указание на половой контакт с инфицированным половым партнером.

Даже при отсутствии симптомов необходимо проводить ежегодное обследование сексуально активных девушек-подростков на хламидийную инфекцию при обычном гинекологическом осмотре. Предлагается также проводить скрининг на хламидийную инфекцию молодых женщин в возрасте 20-24 лет, особенно тех, кто имеет новых или многочисленных половых партнеров и кто не постоянно использует средства барьерной контрацепции.

Хламидийные инфекции у подростков и взрослых. Хламидийная инфекция у женщин может приводить к ряду осложнений, из которых наиболее серьезными являются ВЗОМТ, внематочная беременность и бесплодие. Некоторые женщины с выявленной нео-

сложненной цервикальной инфекции уже, по-видимому, имеют субклиническое поражение верхних отделов репродуктивного тракта. Недавно проведенные клинические исследования продемонстрировали, что проведение скрининга и лечение цервикальной инфекции могут снизить вероятность ВЗОМТ. В литературе описан синдром Фитца-Хьюга-Куртиса, как одно из наиболее тяжелых осложнений хламидиоза.

Лечение инфицированных пациентов предупреждает риск передачи инфекции половым партнерам, а у инфицированных беременных женщин – заражение *C. trachomatis* плода во время родов. Лечение половых партнеров способствует предупреждению реинфекции у индексного пациента и инфицирования других партнеров.

В связи с высокой распространенностью смешанной инфекции *C. trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* и *N. gonorrhoeae*, следует проводить предупредительное лечение хламидиоза пациентов, получающих лечение по поводу трихомоноза и гонореи.

Полное излечение и исчезновение симптомов обычно наблюдается после назначения следующих рекомендуемых или альтернативных схем лечения.

Рекомендованные схемы

Азитромицин

1 г перорально
в однократной дозе,
или

Доксициклин

100 мг перорально 2 раза
в день в течение 7 дней

Альтернативные схемы

Эритромицин основной 500 мг

перорально 4 раза в день
в течение 7 дней

или

Эритромицин этилсукцинат

800 мг перорально 4 раза
в день в течение 7 дней

или

Офлоксацин 300 мг перорально

2 раза в день в течение 7 дней

В результате исследований была установлена одинаковая эффективность доксициклина и азитромицина. Клинические испытания первоначально проводились в популяциях, где строго рекомендовался последующий контроль излеченности после 7-дневного режима лечения. Азитромицин необходимо назначать по крайней мере тем пациентам, у которых соблюдение режима лечения находится под вопросом.

В популяциях с низким уровнем обращаемости за медицинской помощью, плохим соблюдением режима лечения или последующего наблюдения, назначение азитромицина может быть более целесообразным, т.к. его прием в однократной дозе можно провести под наблюдением врача. Азитромицин утвержден для использования у лиц моложе 15 лет. Преимущество доксициклина заключается в его низкой стоимости. Эритромицин менее эффективен, чем азитромицин или доксициклин, его побочные воздействия на ЖКТ часто способствуют отказу пациентов от лечения препаратом. Офлоксацин сходен по эффективности с доксициклином и азитромицином, но он дороже и не обладает преимуществами в дозировании. Другие хинолоны не обладают надежной эффективностью против хламидийной инфекции, или их применение для лечения хламидиоза недостаточно изучено.

Для соблюдения режима рекомендуемой терапии препараты для лечения хламидийной инфекции должны выдаваться прямо в клинике, а прием первой дозы должен проводиться под наблюдением медработника. Для снижения риска дальнейшего распространения инфекции пациенты, леченные от хламидиоза, должны быть проинструктированы о необходимости воздерживаться от сексуальных контактов в течение 7 дней после терапии в режиме однократной дозы или после завершения семидневного курса лечения. Также следует рекомендовать пациентам воздерживаться от по-

ловых контактов до тех пор, как все их партнеры не будут излечены, для того чтобы снизить риск реинфекции.

Последующее наблюдение.

Поскольку эти препараты обладают высокой эффективностью, пациенты не нуждаются в повторном обследовании на хламидии после завершения полного курса лечения доксициклином или азитромицином, за исключением случаев сохранения симптомов или подозрения на реинфекцию. Контроль излеченности может быть рекомендован через 3 недели после окончания лечения эритромицином. Достоверность результатов культурального исследования на хламидии, проведенного раньше 3 недель после завершения терапии, не установлена. Могут быть получены ложноотрицательные результаты, так как количество хламидий может быть небольшим и они могут быть не выявлены. Кроме того, некультуральные исследования, проведенные раньше 3 недель после завершения лечения, у успешно леченных пациентов могут давать ложноположительные результаты из-за продолжающегося выделения мертвых бактерий.

В результате нескольких исследований был выявлен высокий уровень инфекции у женщин через несколько месяцев после лечения, предположительно – в связи с реинфекцией. Повторный скрининг женщин спустя несколько месяцев после лечения может способствовать выявлению заболевания в некоторых возрастных группах, например у девушек-подростков.

Ведение половых партнеров.

Пациентов следует проинструктировать о необходимости обследования и лечения половых партнеров. Поскольку данные по оценке временных интервалов инфицирования ограничены, дальнейшие рекомендации достаточно спорны. Половые партнеры, у которых последний половой контакт с указанным пациентом произошел в течение последних 60

дней с момента появления симптомов или установления диагноза, должны быть обследованы и пролечены. Если последний половой контакт имел место до установленного временного промежутка, то этого полового партнера необходимо лечить.

Пациентам следует рекомендовать воздерживаться от половых контактов до полного излечения их вместе с половыми партнерами. Так как микробиологический контроль излеченности, в основном, проводить не рекомендуется, то воздерживаться следует до завершения лечения (т.е. 7 дней после режима лечения в однократной дозе или после завершения 7-дневного режима). Своевременное лечение партнеров существенно важно для снижения риска реинфицирования индексного пациента.

Особые замечания!

Беременность. Доксациклин и офлоксацин противопоказаны беременным женщинам. Безопасность и эффективность азитромицина у беременных и кормящих женщин не установлена. Повторное исследование, предпочтительно культуральным методом, рекомендуется через 3 недели после завершения лечения по описанным ниже схемам, поскольку ни один из этих режимов не обладает достаточно высокой эффективностью, а частые побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта при использовании эритромицина могут вынудить пациента нарушить режим лечения.

Рекомендованные схемы для беременных женщин

Эритромицин основной
500 мг перорально 4 раза
в день в течение 7 дней
или

Амоксициллин 500 мг
перорально 3 раза в день
в течение 7-10 дней.

Альтернативные схемы
для беременных женщин

Эритромицин основной
250 мг перорально 4 раза
в день в течение 14 дней,

или
**Эритромицина
этилсукцинат**
800 мг перорально 4 раза
в день в течение 7 дней,

или
**Эритромицина
этилсукцинат**
400 мг перорально 4 раза
в день в течение 14 дней,

или
Азитромицин
1 г перорально в однократной
дозе

ПРИМЕЧАНИЕ: Эритромицина эстолат противопоказан во время беременности из-за его гепатотоксичности. Предварительные данные указывают на то, что азитромицин может быть безопасным и эффективным. Однако данных для того, чтобы рекомендовать его использование у беременных женщин, недостаточно.

ВИЧ-инфекция. Пациенты с ВИЧ-инфекцией и хламидийной инфекцией должны получать такое же лечение, как и пациенты без ВИЧ-инфекции.

Хламидийная инфекция у младенцев. Пренатальный скрининг беременных женщин может предупредить развитие хламидийной инфекции у детей. Особенно рекомендуется проведение скрининга у беременных женщин моложе 25 лет, имеющих нового или многочисленных партнеров. Необходимо проводить периодические исследования распространенности хламидий для подтверждения обоснованности использования этих рекомендаций в специфических клинических условиях.

Инфекция, вызванная *S. trachomatis*, у новорожденных является следствием перинатального инфицирования из шейки матки матери. Распространенность хламидийной инфекции у беременных женщин в общем составляет более 5% вне зависимости от расового, этнического или социо-экономического статуса. Для профилактики конъюнктивита новорожденных, вызванного перинатальной передачей хламидийной инфекции от матери к ребенку, применение растворов нитрата серебра или мазей с антибиотиками неэффективно. Однако эти меры предупрежда-

ют развитие гонококковой офтальмии, и поэтому их следует проводить.

Первоначально хламидийная инфекция поражает слизистые оболочки глаз, ротоглотки, урогенитального тракта и прямой кишки. Инфекция, вызванная *S. trachomatis* у новорожденных, часто распознается на основании симптомов конъюнктивита, развивающегося через 5-12 дней после рождения. Хламидии чаще всего являются причиной офтальмии новорожденных. *S. trachomatis* также является наиболее частой причиной подострых, не сопровождающихся подъемом температуры, пневмоний, развивающихся на 1-3-м месяце жизни ребенка. У новорожденных также могут наблюдаться бессимптомные инфекции ротоглотки, генитального тракта и прямой кишки.

Офтальмия новорожденных, вызванная *S. trachomatis*. Всех младенцев с конъюнктивитом в возрасте до 30 дней необходимо обследовать на хламидии.

Замечания по диагностике

К чувствительным и специфичным методам диагностики хламидийной офтальмии новорожденных относятся: выделение *S. trachomatis* с использованием культуры тканей и некультуральные тесты – ПИФ и иммунотесты. Окраска мазков по Гимзе является специфичным, но не чувствительным методом для идентификации *S. trachomatis*. Образцы для анализа должны содержать не только конъюнктивальный экссудат, но и клетки конъюнктивы. Образцы для культурального и некультурального исследований должны отбираться с вывороченного века тампоном с дакроновым кончиком или тампоном из коммерческого набора. Специфический диагноз хламидийной инфекции подтверждает необходимость противохламидийного лечения не только новорожденных, но матерей и их половых партнеров. Полученный от детей глазной экссудат, который исследуется на *S. trachomatis*, также необходимо исследовать на *N. gonorrhoeae*.

Рекомендованная схема

Эритромицин 50 мг/кг/день перорально, разделенные на 4 дозы, в течение 10-14 дней.

Только местное применение антибиотиков не является адекватным лечением хламидийной инфекции, и в нем нет необходимости, если назначено системное лечение.

Последующее наблюдение

Эффективность лечения эритромицином составляет приблизительно 80%; может потребоваться второй курс лечения. Дальнейшее наблюдение необходимо для того, чтобы убедиться в разрешении симптомов пневмонии. У некоторых детей, переболевших хламидийной пневмонией, впоследствии отмечаются изменения при исследовании функции легких.

Ведение матерей и их половых партнеров. Матери детей, больных хламидийной инфекцией, и их половые партнеры должны быть обследованы и пролечены по схемам, рекомендованным для взрослых.

Пневмония у младенцев, вызванная *C. trachomatis*. Характерными признаками хламидийной пневмонии у детей являются: частые приступы отрывистого кашля, расширение легких и двусторонние диффузные инфильтраты на рентгенограмме грудной клетки. Стерторозное дыхание наблюдается редко и, как правило, температура не повышается. Иногда у детей с хламидийной пневмонией в периферической крови выявляется эозинофилия. Поскольку при этом заболевании клинические проявления часто отличаются от описанных выше, у всех младенцев с пневмонией в возрасте 1-3 месяцев первичное лечение и диагностические тесты должны проводиться с учетом возможной инфекции, вызванной *C. trachomatis*.

Замечания по диагностике

Для исследования на хламидии необходимо взятие материала из носоглотки. Исследование в культуре тканей остается стандартным методом диагностики хла-

мидийной пневмонии; некультуральные тесты могут быть использованы с учетом того, что при исследовании материала из носоглотки их чувствительность и специфичность ниже, чем при исследовании образцов, полученных из конъюнктивы глаза. Если были получены образцы аспирата из трахеи и биоптаты легочной ткани, то их необходимо исследовать на *C. trachomatis*.

Микроиммунофлюоресценция для выявления антител к *C. trachomatis* является полезным, но недоступным для большинства лабораторий методом. Повышение титра IgM?1:32 четко свидетельствует о наличии хламидийной пневмонии.

Из-за задержки в получении результатов хламидийных тестов вопрос о включении в схему лечения противохламидийных препаратов часто необходимо решать на основании клинических и рентгенологических данных. Результаты тестов помогают вести больного ребенка и указывают на необходимость лечения матери и ее полового партнера.

Младенцы, рожденные от матерей с нелеченной хламидийной инфекцией, относятся к группе высокого риска заболевания, однако профилактическое лечение назначать не следует, так как его эффективность неизвестна. Если симптомы инфекции развиваются, то дети должны быть обследованы и пролечены.

Хламидийная инфекция у детей. Сексуальное насилие должно рассматриваться в качестве причины хламидийной инфекции у детей препубертатного возраста, хотя после инфицирования в перинатальном периоде *C. trachomatis* может персистировать в носоглотке, урогенитальном тракте и прямой кишке больше 1 года. В связи с возможной необходимостью в судебном расследовании и предъявлении обвинения в сексуальном насилии для диагностики хламидийной инфекции у детей в препубертатном возрасте необходимо использование высокоспецифичного культурального метода. Результаты выделения культуры должны подтверждаться микроскопической идентификацией характерных

цитоплазматических включений, желательного с помощью конъюгированных с флуоресцеином моноклональных антител против *C. trachomatis*.

Замечания по диагностике

Не следует использовать некультуральные тесты на хламидии из-за возможности ложноположительных результатов. При анализе образцов, полученных из респираторного тракта, ложноположительные результаты могут быть следствием перекрестных реакций с *C. pneumoniae*; при использовании образцов из генитального тракта и прямой кишки ложноположительные результаты могут наблюдаться из-за перекрестных реакций с фекальной микрофлорой.

Рекомендованные схемы лечения

Детям с массой тела меньше 45 кг

Эритромицин основной 50 мг/кг/день перорально, разделенные на 4 дозы, в течение 10-14 дней.

ПРИМЕЧАНИЕ:

эффективность лечения эритромицином составляет около 80%; может потребоваться второй курс лечения.

Детям с массой тела, равной или больше 45 кг, в возрасте моложе 8 лет

Азитромицин

1 г перорально однократно

Детям в возрасте 8 лет и старше

Азитромицин

1 г перорально однократно или

Доксициклин

100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней

Последующее наблюдение необходимо для того, чтобы убедиться в эффективности лечения.

Неспецифический вагинит

Основным признаком острого неспецифического вагинита являются обильные, обычно гноевид-

ные выделения из половых путей. Больные предъявляют жалобы на остро возникшие зуд, жжение и боли в области влагалища и вульвы, усиливающиеся при мочеиспускании, половой жизни. При осмотре влагалища отмечается выраженная гиперемия слизистой оболочки, которая покрыта серозным или гнойным налетом, легко кровоточит.

Серозно-гнойный вагинит характеризуется крайне разнообразной клинической картиной: при обследовании женщин можно наблюдать как самые незначительные изменения слизистой оболочки влагалища, так и тяжелое гнойное воспаление, когда слизистая оболочка резко утолщена, отечна, гиперемирована на всем протяжении, местами эрозирована и покрыта обильным гнойным отделяемым.

Симптомы вагинита в зависимости от тяжести воспалительного процесса могут быть различными. Выделения (*fluor vaginalis*) - основной симптом заболевания - могут быть жидкими, водянистыми, гнойными, иногда пенистыми. При сильном слущивании эпителия они могут становиться густыми; часто зловонны, в тяжелых случаях появляются кровянистые выделения.

При остром НВ больные также жалуются на зуд в области преддверия влагалища (96%), обусловленный раздражающим действием вытекающих белей; чувство жжения (82%); ощущение давления, тяжести и жара в половых органах и малом тазу. У 68% пациенток наблюдаются дисурические расстройства.

Внутреннее исследование или введение зеркал подчас невозможно вследствие болезненности и отечности влагалищных стенок. Также из-за болевого синдрома становятся невозможными половые сношения.

При хронических формах воспаления боли отсутствуют. В основном больные жалуются на бели, зуд, жжение и на небольшие изъязвления в области вульвы и

наружной трети влагалища. Общее состояние страдает мало. Именно эта форма НВ наиболее часто напоминает БВ.

Диагноз НВ легко может быть поставлен уже во время визуального осмотра в зеркалах. Как правило, влагалище заполнено неоднородным по консистенции содержимым, часто вытекающим наружу. Слизистая оболочка при *vaginitis simplex* резко утолщена, отечна, гиперемирована на всем протяжении, местами покрыта плотно лежащими серыми пленками. Эти налеты можно удалить соскабливанием, вызвав небольшие ссадины и кровотечение.

При *vaginitis granularis* отечные сосочки имеют вид ярко красных мелких зернышек, возвышающихся над слизистой оболочкой.

При диагностике НВ особенно важное значение имеет бактериоскопия *fluor vaginalis*. В мазках удается совершенно отчетливо определить не только грамм-принадлежность микроорганизмов, но по уникальной морфологии некоторых бактерий возможна их индикация до рода. Чаше обнаруживается несколько видов микроорганизмов. При НВ всегда встречается большое количество лейкоцитов (от 30 до 60 и более), некоторые другие форменные элементы крови. Ключевые клетки отсутствуют, но достаточно много клеток слущенного эпителия влагалища. В целом микроскопическая картина характерна для воспалительного экссудата.

Бактериологическая диагностика НВ малоинформативна из-за большого разнообразия микроорганизмов во влагалище как в норме, так и при патологических состояниях. Более значимые результаты можно получить при использовании количественных методов исследования микрофлоры влагалища, используя обязательно строгую анаэробную технику.