

О. К. Лосева

О. В. Поршина

Ю. Е. Кузнецова

**«Особенности диагностики,
лечения и профилактики
ВИЧ-инфекции и инфекций,
передающихся половым путем
у лиц, оказывающих
сексуальные услуги за плату»**

**руководство для доверенных врачей
в программах профилактики**

«Особенности диагностики,
лечения и профилактики
ВИЧ-инфекции и инфекций
передающихся половым
путем у лиц, оказывающих
сексуальные услуги за плату»

руководство для доверенных врачей
в программах профилактики

Данное руководство предназначено для доверенных врачей, работающих с уязвимой группой населения – лицами, оказывающими сексуальные услуги за плату. Оно содержит методики проведения диагностики, лечения и экстренной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, разработанные с учетом специфики поведения и социально-психологических особенностей представителей данной целевой группы. Настоящий материал следует рассматривать как обобщенный опыт работы доверенных врачей-дерматовенерологов, работающих с целевой группой в рамках профилактических проектов.



Издано РОО «СПИД инфосвязь» по программе «Профилактика ВИЧ/СПИДа среди КСР» в рамках проекта ГЛОБУС.

При перепечатке ссылка на материал обязательна.

Распространяется бесплатно.

© РОО «СПИД инфосвязь», 2008 г.

АВТОРЫ:

Лосева Ольга Казимировна,

дерматовенеролог, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации. Научный редактор.

Поршина Оксана Владимировна,

ассистент кафедры кожных и венерических болезней Оренбургской государственной медицинской академии, заведующая отделом первичной профилактики областного кожно-венерологического диспансера г. Оренбурга, доверенный врач-дерматовенеролог проекта по профилактике ИППП/ВИЧ среди КСР «Мегаполис».

Кузнецова Юлия Евгеньевна,

руководитель программы «Профилактика ВИЧ/ИППП среди коммерческих секс-работников» в рамках проекта ГЛОБУС, руководитель программы «Межсекторальное взаимодействие в области ВИЧ/СПИДа». Выпускающий редактор.

Содержание

Глава 1.	Введение	7
Глава 2.	Общие социально-психологические характеристики секс-работниц. <i>Лосева О.К.</i>	11
Глава 3.	Причины недоступности медицинской помощи. <i>Поршина О.В. Кузнецова Ю.Е.</i>	17
3.1.	Объективные причины	17
3.2.	Субъективные причины	18
Глава 4.	Принципы работы программ по профилактике ВИЧ/ИППП среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату. <i>Кузнецова Ю.Е.</i>	20
Глава 5.	Работа доверенного врача в программе.	28
5.1.	Консультирование пациента. <i>Поршина О.В., Лосева О.К.</i>	29
5.2.	Клинические проявления заболеваний. Схемы лечения. <i>Поршина О.В.</i>	37
5.3.	Этиологическая диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем. <i>Поршина О.В.</i>	42
5.4.	Синдромное лечение. Показания и противопоказания. Описание синдромов. Преимущества синдромного подхода к диагностике и лечению ИППП у КСР. <i>Лосева О.К., Поршина О.В.</i>	49
5.5.	Сбор анамнеза и обследование. <i>Лосева О.К.</i>	54
Глава 6.	Основные блок-схемы синдромного лечения.	56
6.1.	Синдром «Выделения из уретры». <i>Поршина О.В.</i>	57
6.2.	Синдром «Выделения из влагалища». <i>Поршина О.В.</i>	58

6.3.	Синдром «Боль внизу живота». <i>Лосева О.К.</i>	61
6.4.	Синдром «Генитальные язвы». <i>Лосева О.К.</i>	64
6.5.	Синдром «Паховый бубон». <i>Лосева О.К.</i>	67
6.6.	Синдром «Отечность мошонки». <i>Поршина О.В.</i>	68
6.7.	Синдром «Офтальмия новорожденных». <i>Лосева О.К.</i>	70
6.8.	Ведение половых партнеров. <i>Лосева О.К.</i>	72
Глава 7.	Профилактика инфекций, передающихся половым путем. <i>Поршина О.В.</i>	73
Приложение 1	Анкета для скрининга клиентов профилактической программы	78
Приложение 2	Карта первичного обращения пациента.	81
Приложение 3	Рекомендации по экстренной профилактике для клиенток программы.	90
Список литературы		94

Глава 1.

Введение.

Рост заболеваемости ИППП, в том числе и ВИЧ-инфекцией, в последние годы – не только в России, но и во многих странах мира – в значительной мере обусловлен распространением практики рискованного сексуального поведения и несовершенством профилактических программ. Следовательно, очень важно использование различных методов информирования, поддержание усилий, направленных на изменения модели поведения населения. Существенная роль должна отводиться развитию адекватных форм профилактической и лечебной работы, особенно с группами повышенного поведенческого риска. Для этого необходимо всестороннее изучение нужд и оценка ситуации в целевом сообществе.

Сегодня борьба с распространением ВИЧ-инфекции является приоритетным направлением. Однако до настоящего времени профилактика ВИЧ недостаточно интегрирована с профилактикой других ИППП. Основным рычагом контроля за ИППП в России является регистрация случаев заболевания, отслеживание и лечение контактных лиц. Контроль ВИЧ-инфекции осуществляется через регистрацию случаев заболевания.

В связи с изучением факторов риска программы, направленные на обучение безопасным видам сексуальной активности и приближение медицинского сервиса к населению в целом и, в особенности, к уязвимым труднодоступным группам населения, являются приоритетными.

В последнее десятилетие после распада Советского Союза, секс-бизнес в России стал видом деятельности для большого числа женщин. Низкий уровень экономики, рост безработицы, отсутствие законов, регулирующих сектор платных сексуальных услуг; по мнению исследователей, являются факторами, способствующими росту числа женщин, занятых в проституции. Кроме того, высокий уровень распространённости наркопотребления в группе молодежи в возрасте от 15 до 29 лет, также является одним из факторов расширения сферы сексуальных услуг.

Терминологически проститутки, или секс-работницы, обычно определяются как лица с высоким уровнем половой активности, предоставляющие сексуальные услуги за деньги или предметы, являющиеся денежным эквивалентом, например, наркотики. Сравнительно высокий показатель частоты смены половых партнеров дает основание предположить, что секс-работницы более уязвимы в отношении инфицирования, а в случае заражения они с большей вероятностью могут передавать заболевание, чем лица, имеющие меньшее число половых партнеров. На протяжении многих столетий секс-работницы рассматривались как источник венерических заболеваний, что часто приводило к их дискриминации, однако не решало проблему распространения заболеваний в должной мере. Современный подход к изучению распространения ИППП основывается на том, что небольшое число людей, имеющих многочисленных половых партнеров, могут быть отнесены к так называемой ядерной группе, которая играет несоизмеримую роль в процессе передачи инфекции.

Степень перемешивания лиц в группах с высокими показателями смены половых партнеров, таких, как проститутки, с группами, характеризующимися относительно низкими показателями смены половых партнеров, оказывает важное воздействие на профиль распространения инфекции.

По мнению отечественных специалистов, реализация эпидемического распространения ИППП в России происходит по следующей схеме. В эпидемическом центре очага находятся представители ядерных групп – проститутки, геи и потребители наркотиков. Именно здесь происходит хранение инфекции и воспроизводство больных. Следующий уровень – пользователи (клиенты, сексуальные партнеры), которые могут включать широкий круг людей. И, наконец, третий уровень представлен их женами, мужьями, близкими, детьми и случайными знакомыми.

По мнению исследователей, одним из ведущих эпидемиологических факторов, определяющих значительный рост инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в России является активизация путей передачи инфекции. Этот механизм начал реализовываться в полной мере с появлением массивных контингентов лиц, занимающихся секс-бизнесом, или проституцией.

Обеспечение доступа к лечению, как одного из необходимых компонентов программ по снижению риска заражения ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передаваемыми половым путем, является наиболее сложной задачей для организаций, реализующих комплексные программы профилактики среди секс-работников.

Существует ряд причин, ограничивающих доступ к услугам официальных медицинских учреждений представителям целевой группы. Зачастую причины носят двусторонний характер, как например:

Со стороны целевой группы:

- Отсутствие документов, удостоверяющих личность, регистрации по месту пребывания, полисов медицинского страхования
- Специфика работы (график работы, отдых в часы работы медицинских учреждений либо многочасовая или круглосуточная работа наркозависимых секс-работников)
- Самостигматизация (внутренняя стигма)
- Недоверие к представителям государственной медицины
- Низкая приверженность лечению (несоблюдение схем назначенного лечения, нарушение режима приема препаратов и т.д.)

Со стороны государственных медицинских учреждений:

- Невозможность предоставления медицинских услуг лицам без документов
- Ограниченный набор бесплатных для населения диагностических обследований
- Утвержденная приказами руководящих органов здравоохранения процедура постановки на диспансерный учет пациентов с выявленными заболеваниями
- Осуждающее (нетолерантное отношение) к представителям уязвимых сообществ.

Как показывает опыт работы программ по профилактике ВИЧ/ИППП, реализуемых в 10 регионах Российской Федерации в рамках проекта ГЛОБУС, только около 20% секс-работников от общего количества направленных обращаются к медицинским специалистам.

В целях повышения эффективности комплексных программ по профилактике и лечению инфекций, передаваемых половым путем у лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату, необходима разработка с учетом специфики данной целевой группы оптимальных подходов к диагностике, лечению и экстренной профилактике ИППП.

РОО «СПИД инфосвязь» для реализации данного направления в рамках проекта ГЛОБУС в сентябре 2005 года провела оценку информационных потребностей медицинских специалистов, работающих с уязвимыми группами и практический семинар для врачей-дерматовенерологов из 10 регионов России. Основная цель семинара – обобщение практического опыта доверенных врачей по лечению ИППП у секс-работников и разработка наиболее адаптированных подходов оказания специализированной медицинской помощи представителям данной целевой группы. В основу данного руководства положены результаты анкетирования врачей, а также предложения участников семинара.

Авторы выражают благодарность участникам семинара за практический вклад в создание данного руководства:

- Вафиной Г. Г. (заместитель главного врача, Городской кожно-венерологический диспансер, г. Казань);
- Губайдуллину Р.М. (врач-дерматовенеролог, руководитель мобильной эпидемиологической группы, Городской Кожно-венерологический диспансер, г. Казань);
- Зражевской А. Н. (врач-дерматовенеролог, Тверской областной кожно-венерологический диспансер);
- Карелиной О.Ю. (врач-дерматовенеролог, Красноярский Краевой Кожно-венерологический диспансер);
- Лобзеву Н.В. (главный врач, Кожно-венерологический диспансер № 7, Санкт-Петербург);
- Таракановой И.В. (врач-дерматовенеролог, Вологодский областной кожно-венерологический диспансер);
- Цыбеновой В.А. (врач-дерматовенеролог, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Улан-Уде);
- Шаропиной А.В. (врач-дерматовенеролог, Областное Государственное Учреждение Здравоохранения «Томский Областной Кожно-венерологический диспансер»);
- Шибасевой В.В. (врач-дерматовенеролог, Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Нижний Новгород);
- Шундер А.Н. (врач-дерматовенеролог, Псковский областной кожно-венерологический диспансер).

Глава 2.

Общие социально-психологические характеристики секс-работниц.

Лосева О.К.

Лица, предоставляющие сексуальные услуги за деньги, считаются одной из «ядерных» групп, ответственных за распространение ИППП и ВИЧ-инфекции в популяции. Две другие «ядерные» группы – это геи и потребители наркотиков. Процесс распространения инфекций происходит по следующей схеме: «ядерные» группы с наиболее высокой заболеваемостью находятся в центре эпидемиологического очага и обеспечивают сохранение инфекций и воспроизводство больных. Следующий уровень принадлежит пользователям (клиентам, сексуальным партнерам), представляющим широкий круг людей. На третьем уровне находятся их жены, мужья, близкие, дети и случайные знакомые.

Показатель воспроизводимости инфекций, передаваемых половым путем, зависит от частоты смены половых партнеров и продолжительности периода инфекционности. Оба эти показателя у КСР обеспечивают максимально высокий уровень распространения инфекций в связи со спецификой их работы – большим числом партнеров и, как правило, поздним выявлением заболеваний из-за трудностей с медицинской помощью. Если первый из этих факторов является неконтролируемым, то на второй можно оказывать влияние, улучшая доступ для КСР к медицинской помощи путем приспособления последней к нуждам КСР, их образу жизни и поведению. Врач, работающий с КСР, должен знать социальные, психологические и поведенческие характеристики пред-

ставителей целевой группы, чтобы, во-первых, оценить ее потенциал в распространении инфекций и, во-вторых, выбрать адекватный стиль собственного поведения и адекватные диагностические и лечебные методики при ведении пациентов из данной целевой группы.

Изучению социально-психологических и поведенческих характеристик КСР в России посвящен ряд научных исследований, проведенных в Москве, С-Петербурге, Екатеринбурге, Ставрополе и других городах России. Подобные работы проведены в Латвии, Белоруссии, Грузии и т.д. Результаты этих исследований во многом совпадают.

Наиболее неблагоприятна по заболеваемости, по остроте жизненных социальных проблем группа уличных КСР.

По данным анонимного анкетного опроса уличных КСР в г. Москве средний возраст женщин – 20.6 лет, при достаточно широком диапазоне значений – от 14 до 35 лет. Около половины женщин – в возрастной группе от 20 до 25 лет, чуть меньше доля самых молодых – моложе 20 лет (43%); более старшие возрастные группы весьма немногочисленны.

Представляет интерес, что распределение по образовательному уровню КСР очень близко к таковому у женщин, не входящих в целевую группу. Это значит, что, проводя консультирование и просветительскую работу среди КСР, врач может рассчитывать на тот же уровень развития и осведомленности, что и при работе с населением.

Среди КСР преобладают никогда не состоявшие в браке женщины, каждая десятая разведена, сравнительно много вдов (более 3%). Может удивить то, что около 15 % из них замужем, хотя брак чаще не зарегистрирован. Работа этих женщин в секс-бизнесе, скорее всего, диктуется необходимостью материального поддерживать семьи.

В таком мегаполисе, как Москва, до 9/10 уличных КСР составляют приезжие, среди которых большая часть проживает в Москве совсем недавно – в пределах 1 года. Обычно девушки живут в съемных квартирах, нередко в плохих санитарно-гигиенических условиях. Некоторые втягиваются в секс-бизнес, только чтобы иметь крышу над головой. Материальное положение половины лиц этой группы, с их собственных слов, «такое же, как и у большинства», а у каждой пятой – хуже. Считают свое материальное положение лучшим, чем у большинства, 30 % девушек.

Возраст сексуального дебюта (первого полового сношения) у КСР не отличается от такового в популяции, и в среднем составляет 15,2 лет, при минимальном возрасте 10 лет и максимальном – 21 год. Каждая третья пред-

ставительница данной группы начала половую жизнь в ситуации сексуального насилия. Это высокий показатель, достоверно отличающий группу КСР от женщин, не вовлеченных в секс-бизнес. Сексуальный дебют является сильным психоэмоциональным фактором, оказывающим влияние на дальнейшее сексуальное поведение и формирование системы ценностей индивида. С другой стороны, характер сексуального дебюта обусловлен и подготовлен предшествующим жизненным опытом – опытом детства, опытом воспитания в родительской семье. К этому сопоставлению мы вернемся при рассмотрении психологических характеристик личности КСР. Здесь же подчеркнем, что КСР часто имели первый сексуальный опыт без предварительного периода ухаживаний и эмоциональной подготовки.

Вовлечение в секс-бизнес происходило в возрасте от 8 до 26 лет, чаще всего – в 17 лет. Число сексуальных партнеров у женщин этой группы, в связи со спецификой работы, многократно превышает таковое у женщин, не связанных с секс-бизнесом. Подсчеты позволили определить среднее число половых партнеров за последний год, которое составляет для КСР 295 (в сравнении – аналогичное число для не работающих в этой сфере – 5,8). Если учесть, что из 10 половых контактов презерватив в среднем используется в 6,9 случаях, то становится понятно, что порядка 100 половых контактов в год у КСР являются незащищенными, что представляет широкое поле для инфицирования ИППП. Наиболее распространенные виды сексуальных услуг – это:

- проникающий вагинальный акт;
- оральный секс (фелляция), или контакт рта с пенисом;
- оральный секс с последующим вагинальным половым актом;
- мастурбация (удовлетворение руками);
- анальный секс.

Большинство КСР предпочитают непроникающие виды секса, более гигиеничные, менее обременительные для женщин и менее опасные в плане инфицирования ИППП и нежелательной беременности. Эти виды секса занимают меньше времени, что позволяет обслужить больше клиентов и больше заработать. Кроме того, вагинальный секс сопровождается у большинства КСР неприятными ощущениями, болезненностью, сухостью в области влагалища, что обусловлено недостаточной выработкой вагинального секрета, в том числе из-за отсутствия сексуального возбуждения и большого числа контактов. Эти обстоятельства могут способствовать травмированию слизистой влагалища и повышению риска инфицирования ИППП.

Практически все КСР практикуют вагинальный секс, подавляющее большинство (80%) – оральный. Наименее распространен и отвергается большинством КСР анальный секс, хотя нередко клиент навязывает его насильно.

Работа в секс-бизнесе сопряжена с высоким риском физического и сексуального насилия, которому подвергается более 2/3 уличных КСР. Более половины испытавших насилие женщин пережили его неоднократно. В каждом третьем случае насильником оказывается клиент, в каждом пятом – милиционер. Насилие в отношении КСР совершается практически всегда безнаказанно, т.к., находясь на полуправильном положении, они не могут рассчитывать на помощь правоохранительных органов. Самими женщинами насилие воспринимается как неизбежный компонент работы, и они не могут ему противостоять. Обращает на себя внимание, что более половины КСР отмечали эпизоды сексуального насилия также в прошлом, до работы в секс-бизнесе.

Употребление алкоголя и наркотиков является для КСР доступным и приемлемым средством психологической защиты, обеспечивающим бегство от реальности, расслабление и уход в фантазии. Каждая третья девушка употребляет алкоголь ежедневно, еще столько же – 1-3 раза в неделю, остальные реже. Систематически потребляет наркотики каждая десятая, не систематически – каждая третья.

Наиболее популярны «тяжелые» наркотики – героин, опиаты, винт. Довольно часто употребляют марихуану и гашиш, редко – экстази и кокаин. Список дополняют также психоактивные вещества, различные анальгетики. Потребление алкоголя и наркотиков разрушает навыки безопасного сексуального поведения и повышает риск инфицирования ИППП.

КСР довольно хорошо осведомлены об основных ИППП – сифилисе, гонорее и ВИЧ-инфекции, - но о других инфекциях знают мало. Осведомленность о перечисленных болезнях, однако, не оказывает заметного влияния на поведение: около половины КСР вступали в сексуальную связь с партнером, у которого заметили признаки, заставляющие подозревать ИППП; 2/3 девушек, будучи больными ИППП, не отказывались от работы. Возможность распространения инфекций, как известно, повышается при работе во время менструаций, что практиковали более половины девушек.

Психологическое тестирование с помощью теста ММРІ выявило такие черты личности КСР, как недоверчивость, настороженность, подозрительность, обидчивость, злопамятность, сопряженные с трудностями контроля за собственными аффектами и поведением. Характерны эпизоды алкоголизации и наркотизации, вспышки гнева, авантюрное и рискованное поведение. Возмож-

ны странности в поведении, оригинальные идеи и поступки. В качестве механизма психологической защиты выступает уход в фантазии, которому сопутствуют эйфория, благодушие, повышенное настроение, свидетельствующие об отрицании существующей реальности. Это снижает возможности контроля не только собственного поведения, но и окружающей обстановки, что приводит к возрастанию риска физического и сексуального насилия, а также инфицирования ИППП.

Характерной чертой КСР является импульсивность, трудность контроля над проявлениями гнева, эмоциональной неустойчивости. К импульсивным действиям можно отнести промискуитет, неконтролируемое потребление алкоголя и наркотиков. Все это мешает налаживанию позитивных взаимоотношений с клиентом, в том числе и в отношении соблюдения правил безопасного секса.

Все вышеназванные черты сильнее выражены у женщин, переживших более интенсивный опыт физического и сексуального насилия в детстве, что способствует формированию виктимности – подверженности насилию.

Работа в секс-бизнесе является чрезвычайно сильным стрессовым фактором. Именно поэтому женщины нуждаются в каких-то формах психологической защиты. У КСР эти формы, как уже говорилось, примитивные, инфантильные (уход в фантазии, эйфория) и поэтому мало эффективные. Наличие инфантильных защитных механизмов говорит о незрелости личности, а также о том, что основные отрицательные эмоциональные влияния происходили у этих женщин в детстве (проблемы в семье, жестокое обращение). Эйфория и благодушие призваны смягчить и приукрасить существующую травматогенную реальную ситуацию. Женщины стараются не замечать или отрицать опасность их повседневной работы. Однако налицо хронический стресс, обусловленный самим типом работы, насилием, страхом инфицирования ИППП, боязнью незапланированной беременности, страхом за свою жизнь, трудностями с милицией, с медицинским обслуживанием и т.д.

Описанные психологические особенности КСР позволяют объединить эту группу с другими группами населения, испытывающими хроническое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): это жертвы катастроф, мирные жители в районах боевых действий, жертвы сексуального и физического насилия, жертвы домашнего насилия. Лица, страдающие ПТСР, затрудняются или оказываются не в состоянии планировать свои действия, что сказывается, в частности, на соблюдении правил безопасного сексуального поведения.

Описанные социально-психологические и поведенческие особенности КСР:

- обеспечивают максимальный риск инфицирования ИППП – как для самой КСР, так и для контактных лиц;
- дают основания для развития хронических, бессимптомных и смешанных форм ИППП.

Социально-психологические и поведенческие характеристики КСР должны учитываться медицинскими работниками как при общении с КСР, так и при выборе методики лечения:

- общение должно быть доброжелательным и уважительным, как с любым другим пациентом;
- при выборе методик лечения преимущество следует отдавать однократным методикам лечения;
- с учетом возможных микст-инфекций и нереальности получить все лабораторные данные во время однократного посещения, оптимальным для КСР является синдромное лечение. При любой однократной явке следует не упускать возможности проведения максимальной информационной работы, консультирования, снабжения презервативами.

Знакомство врачей с реальными жизненными трудностями и психологическим портретом КСР позволит врачу избавиться от расхожих стереотипов в отношении КСР, научит уважать человеческое достоинство женщин этой группы и соответственно строить отношения с ними в процессе медицинских вмешательств.

Глава 3.

Причины недоступности медицинской помощи.

*Поршина О.В.
Кузнецова Ю.Е.*

Доступность квалифицированной медицинской помощи для коммерческих секс-работниц различается в зависимости от того, каким видом коммерческого секс-бизнеса они занимаются. Наименее доступны медицинские услуги для уличных коммерческих секс-работниц. Связано это с рядом объективных и субъективных причин.

3.1. ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ

Для посещения государственного лечебно-профилактического учреждения необходимы паспорт и полис медицинского страхования. Но уличные коммерческие секс-работницы, как правило, не имеют этих документов, так как паспорта обычно забирают сутенеры, а полисы КСР получить не могут, поскольку в подавляющем большинстве случаев они не резиденты, проживают без регистрации. Некоторые женщины (примерно 30%) в дневное время работают в различных сферах, в основном, в торговле. В связи с этим они проходят периодические профилактические медицинские осмотры, что является дополнительным фактором выявления инфекций, передаваемых половым путем.

Медицинская помощь в частных клиниках не привлекает уличных коммерческих секс-работниц из-за высокой цены за обследование и лечение. Доступная медицинская помощь для женщин, вовлеченных в уличный секс-

бизнес – это экстренная неотложная помощь и помощь, оказываемая в центрах по борьбе и профилактике ВИЧ/СПИДа, если женщина ВИЧ-позитивная. Важным фактором, влияющим на доступность государственных и частных лечебно-профилактических учреждений для коммерческих секс-работниц является ограничение приема пациентов дневным временем (с 8.00 до 19.00). Для женщин, вовлеченных в секс-бизнес, наиболее удобным является вечернее и ночное время. Многие КСР не располагают возможностью ожидания очереди на прием. Таким образом, доверенный специалист программ по профилактике часто является единственным источником получения качественной медицинской помощи и консультаций.

3.2. СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ.

Отличительной особенностью КСР является их низкая приверженность к обследованию и лечению. В подавляющем большинстве случаев женщины, вовлеченные в уличную коммерческую секс-работу, посещают врача однократно. На повторный прием являются единицы, даже если речь идет о результатах обследования. Лечение ИППП в амбулаторных условиях связано с затратой материальных средств, которые у КСР ограничены. Важным условием для эффективного лечения ИППП является воздержание от половых контактов на весь период лечения, что для КСР практически невозможно. Формируется замкнутый порочный круг: с одной стороны, чтобы лечиться от ИППП, необходимы деньги на лекарства, с другой стороны, источником поступления денежных средств являются коммерческие половые контакты, от которых во время лечения необходимо воздерживаться. По этой причине у женщин, вовлеченных в коммерческий секс, чаще всего имеет место не только сочетание нескольких ИППП, но практически невозможно добиться полного излечения. Так как все коммерческие секс-работницы вступают в половой контакт с большим количеством партнеров, то инфицированность среди них очень высока. Бактериальным вагинозом страдают 100% женщин, вовлеченных в коммерческих секс. Применение синдромного лечения дает возможность не столько излечить пациенток, сколько снизить риск для их здоровья, уменьшить возможность инфицирования их партнеров, как коммерческих так и некоммерческих. Несмотря на эти ограничения, синдромное лечение необходимо проводить, т.к. без такого лечения последствия для здоровья женщин могут быть очень тяжелыми. Необходимо иметь в виду и тот факт, что при заражении клиента ИППП женщина рискует подвергнуться насилию со стороны этого клиента, вплоть до нанесения тяжких телесных повреждений или даже смерти.

Женщины, вовлеченные в секс-бизнес, как правило, потребляют алкоголь или психоактивные вещества, что также влияет как на приверженность к лечению, так и на его качество. Для коммерческих секс-работниц характерна низкая ответственность в отношении собственного здоровья, недостаточная информированность об ИППП/ВИЧ. В среде КСР бытует много мифов о способах профилактики и контрацепции.

Важным фактором, влияющим на распространение инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ, а также на эффективность лечения, является то, что практически все женщины, вовлеченные в коммерческий секс, соглашаются по разным причинам на небезопасный секс. Основная причина – половые контакты с постоянным половым партнером без использования презерватива, что расценивается как проявление личной привязанности и доверия. Потребительницы инъекционных наркотиков соглашаются на небезопасный секс за более высокую плату или в состоянии абстинентного синдрома, когда главной целью является получение денег для приобретения наркотика. Небезопасный секс может быть проявлением насилия по отношению к коммерческим секс-работницам, во время которого резко увеличивается риск заражения ИППП/ВИЧ.

Врачи в государственных лечебно-профилактических учреждениях неохотно работают с представительницами уличного коммерческого секс-бизнеса, так как они представляют собой «трудных» пациенток. Из-за психологических особенностей у них сложно собрать анамнез. КСР не являются на повторные приемы. При попытке разыскать их через патронажную службу возникают проблемы, так как женщины чаще всего проживают на съемных квартирах, указывают заведомо ложные адреса, скрывают своих постоянных половых партнеров. Большую трудность для практикующих врачей представляет частая суперинфекция ИППП у КСР, возникающая в процессе лечения. Также распространена склонность к проведению самолечения различными антибиотиками, что приводит к формированию у пациенток высокорезистентных штаммов возбудителей. Более того, у коммерческих секс-работниц, как правило, имеет место сочетание нескольких инфекций, передаваемых половым путем.

Попытки доставлять уличных коммерческих секс-работниц на недобровольное лечение к дерматовенерологам не дают эффекта по всем вышеперечисленным причинам. Даже если назначается стационарное лечение, пациентки часто самовольно покидают отделение. Выходом из создавшейся ситуации является работа доверенного врача программ по профилактике ВИЧ/ИППП.

Глава 4.

Принципы работы программ по профилактике ВИЧ/ИППП среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

Кузнецова Ю.Е.

РОО «СПИД инфосвязь» реализует проекты профилактики ВИЧ и ИППП среди коммерческих секс-работников (КСР) с 1996 года. Это было время начала распространения ВИЧ-инфекции в России (сначала, в основном, в среде наркопотребителей) и дальнейшего резкого роста случаев заражения, зарегистрированных во многих регионах страны.

Планирование и реализация проектов по профилактике ВИЧ-инфекции среди КСР было тогда превентивной мерой. Хотя далеко не абсолютное большинство КСР являлись наркопотребителями, прогнозировалась опасность проникновения и распространения инфекции в этой среде, с учетом таких факторов риска, как большое количество сексуальных контактов и, в связи с этим, высокий уровень заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), отсутствие прописки в городах, полисов медицинского страхования и, соответственно, несвоевременность или невозможность обращения в медицинские учреждения.

Основным методом работы с целевой группой тогда была уличная аутрич-работа в Москве – сотрудники проекта выходили в группы КСР, раздавали им информационные буклеты о ВИЧ/СПИДе и ИППП, презервативы, говорили с ними о возможностях более безопасного сексуального поведения. В дальнейшем к работе привлекались медицинские специалисты, поскольку секс-работ-

никам недостаточно только информации, а нужна диагностика, медицинская помощь, медицинское консультирование, лечение. В настоящее время в рамках профилактических проектов по КСР активно внедряется принцип «равный обучает равного», который позволяет распространять здоровьесберегающую информацию волонтерами из числа КСР в своем сообществе.

Лучший опыт «СПИД инфосвязь» распространяется через сетевые проекты в регионах России начиная с 1999 года. Финансовая и методическая поддержка региональных общественных организаций направлена на усиление программ профилактики среди КСР на местном уровне. За 6 лет реализованы проекты по профилактике среди КСР в более 40 регионах, благодаря которым данное направление стало неотъемлемым компонентом стратегии развития профилактической деятельности региональных организаций.

Для эффективной работы разработана система мониторинга и оценки деятельности по программе в регионах, позволяющая осуществлять учет клиентов проектов, их потребностей и предоставляемого медицинского и социально-психологического сервиса. Ключевым индикатором деятельности проектов является количество обслуживаемых секс-работников (охват профилактической работой).

ОО «СПИД инфосвязь» разработаны анкета первичного клиента проекта (*Приложение 1*), необходимая для учета всех клиентов программ и позволяющая получить срез необходимых статистических данных о них и карта первичного обращения пациента, рекомендуемая для работы доверенных врачей (*Приложение 2*).

В настоящее время программа «СПИД инфосвязь» по профилактике ВИЧ/ИПП среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату, реализуется через 11 региональных проектов в 10 регионах России. Данная деятельность осуществляется в рамках проекта ГЛОБУС.

Стратегия деятельности «СПИД инфосвязь» по профилактике ВИЧ/ИППП среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату, строится на трех основных принципах:

1. Обеспечение доступа представителям целевой группы к информации по ВИЧ/ИППП и средствам контрацепции:

- Развитие аутрич-работы среди КСР;
- Изучение нужд и потребностей представителей целевой группы;
- Информирование и консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа;
- Распространение адаптированных печатных материалов;

-
- Распространения презервативов и дезинфицирующих средств;
 - Внедрение и поддержка программ «равный обучает равного» в сообществе секс-работников;
 - Разработка и внедрение системы мониторинга и оценки программы профилактики ВИЧ/СПИДа среди КСР.

2. Обеспечение доступа к медицинским услугам:

- Построение схемы взаимодействия «Аутрич – Медицинский сервис»;
- Обучение медицинских специалистов особенностям диагностики, лечения и профилактики среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату;
- Предоставление финансовой и технической поддержки регионам для обучения медицинских специалистов и развития медицинских услуг для КСР.

3. Оказание социально-психологической помощи и поддержки:

- Построение и внедрение системы социального сопровождения клиентов программ в учреждения социальной, медицинской и юридической помощи;
- Развитие психо-социального сервиса на базе действующих проектов в организации – предоставление психологического консультирования, юридической помощи, проведение тренингов, направленных на развитие социальной компетентности (повышению самооценки, коммуникативных навыков, навыков антикризисного поведения), проведение очного до и после тестового консультирования;
- Создание и развитие деятельности Центров социально-психологической и медицинской помощи и поддержки секс-работников;
- Внедрение обучающих программ, направленных на мотивацию участия секс-работников в профилактической деятельности;
- Создание групп взаимопомощи для ВИЧ-положительных секс-работников либо вовлечение их в существующие группы взаимопомощи.

Основной метод работы с КСР в рамках профилактических программ – аутрич-работа в местах дислокации целевой группы (улицы, трассы, досуговые агентства, гостиницы).

Сотрудниками региональных проектов среди КСР распространяются презервативы и информационные материалы, предоставляются медицинские и психологические консультации.

Кроме того, программы направлены на обеспечение доступа к услугам медицинских учреждений для секс-работников. Для этого в каждом регионе

устанавливаются связи с сотрудниками медучреждений, где-то подкрепленные административными актами, где-то основанные на хороших отношениях. Складывается сеть доверенных врачей, в основном это гинекологи и дерматовенерологи, так как услуги именно этих специалистов наиболее востребованы среди целевой группы. Во время аутрич-выходов сотрудники проектов раздают направления на бесплатное обследование, консультации, лечение у медицинских специалистов. К сожалению, надо отметить, что востребованность медуслуг в среде КСР еще не очень высока. Причин тому много: есть недоверие к людям вообще и самостигматизация, когда секс-работники ограждают себя от общества, считая что их профессия маргинализует их, выводит из круга обычных граждан. Они, как правило, редко обращаются в медицинские службы. Одним из вариантов решения данной проблемы является участие доверенных врачей в аутрич-выездах, проведение консультаций и профилактических бесед непосредственно в местах работы целевой группы.

Силами сотрудников региональных проектов оказывается реальная социальная помощь представителям этой целевой группы как, например, получение пособия по инвалидности с утратой трудоспособности в связи с диагнозом СПИД, помощь в трудоустройстве, постановка на учет по поводу беременности с целью получения бесплатного наблюдения и обследования, а также получения пособия на ребенка после его рождения, помощь в получении временной регистрации по месту пребывания и страхового медицинского полиса.

Также одним из важных компонентов работы профилактического проекта является проведение дозорных эпидемиологических исследований, направленных на оценку влияния профилактических проектов на ситуацию с ВИЧ в среде секс-работников.

Так например, РОО «СПИД инфосвязь» в рамках проекта ГЛОБУС в 2007 году в целях оценки влияния профилактических проектов на ситуацию с ВИЧ в среде секс-работников было проведено дозорное эпидемиологическое исследование. Исследования проводились в Санкт-Петербурге, Красноярске и Томске. Было опрошено 640 секс-работников, из которых 302 являлись клиентами проектов по профилактике ВИЧ.

Методология исследования включала в себя: получение информированного согласия, личное стандартизированное интервью методом «лицом к лицу», до тестовое консультирование, экспресс-тест для диагностики ВИЧ с использованием капли капиллярной крови и после тестовое консультирование.

Результаты исследования показали, что несмотря на небольшие различия в составе двух обследованных групп (секс-работниц, являющихся и не являющихся клиентами проектов), существует значительная разница в их знании о ВИЧ и поведении, выражающемся в использовании презервативов, а также в уровне распространенности ВИЧ и доле новых случаев ВИЧ, что свидетельствует о безусловном положительном влиянии профилактических программ в этих городах на ситуацию с ВИЧ-инфекцией.

Исследование не выявило существенных различий между клиентами и не клиентами проекта в том, что касается возраста коммерческого сексуального дебюта. По 26% в обеих группах были вовлечены в секс-работу до 18 лет, наиболее активно вовлекаются в проституцию девушки в возрасте 18-19 лет. Количество коммерческих партнеров за последние 7 дней в среднем составляет 23-24 партнера (т.е. по 3-4 партнера в день). Для большинства участников исследования (76,7%) секс-работа является единственным заработком, еще 12% из них секс-работа приносит более половины их совокупного дохода. И только 3% получают от секс-работы доход, не играющий значительной роли в формировании их бюджета.

Среди клиентов проекта основную долю составляют лица моложе 25 лет (55,6%), для сравнения среди тех, кто не является клиентами проектов, доля молодежи 50,8%.

Помимо секс-работы фактором риска ВИЧ-инфицирования является употребление инъекционных наркотиков. По данным исследования 58,2% клиентов и 50,8% не являющихся клиентами проектов употребляют инъекционные наркотики.

Как показало исследование, КСР используют презервативы в 90% случаев (вопрос об использовании презервативов при последнем коммерческом половом контакте). Представленные данные свидетельствуют о более высоком уровне использования презервативов, чем у общего населения. Для проверки достоверности полученных данных использовались дополнительные корректирующие вопросы «Как часто Вы применяли презервативы в течение последних 30 дней?». Ответили «всегда» на этот вопрос 58% опрошенных, остальные выбрали вариант ответа «в большинстве случаев». Партнеры секс-работников нередко отказываются использовать презерватив (33% всех случаев, когда презерватив не использовался). Однако более часто причиной неиспользования презерватива является его отсутствие у секс-работницы на момент совершения полового акта (42%). Последнее особенно важно для понимания того значения, которое имеет для профилактики ВИЧ бесплатное

предоставление презервативов секс-работницам как в медицинских учреждениях, так и в местах их дислокации (работы).

Утверждали, что всегда использовали презерватив в течение последних 30 дней 91% клиентов проектов и 28,5% секс-работниц, не охваченных услугами проектов. Во время последнего полового контакта использовали презерватив 96% клиентов и 84,7% тех, кто не является клиентами проектов.

Также существенно различается и уровень знаний о ВИЧ среди представительниц двух обследованных групп. Уровень знаний оценивался по 5 вопросам, рекомендованным ЮНЭЙДС для проведения мониторинга. Учитывались правильные ответы на все пять вопросов. Среди клиентов проекта уровень правильных ответов составлял 84,7%, среди тех, кто не является клиентами – 41,4%.

По данным экспресс-тестирования на ВИЧ уровень распространенности ВИЧ среди клиентов проектов составил 13,5%, среди не клиентов – 25,5%. Новые случаи составили среди клиентов 0,9%, среди секс-работниц, не охваченных услугами проектов, 4,4%.

Приведенные данные наглядно показывают высокую эффективность профилактических программ среди лиц, оказывающих секс-услуги за плату. С точки зрения влияния проекта на уровень информированности, представленные данные демонстрируют более высокий уровень знаний о ВИЧ среди клиентов проекта, превышающий данный показатель среди не клиентов в 2 раза. Таким образом, продолжительное и непрерывное информационное воздействие на КСР в рамках проекта влияет на формирование правильных знаний о ВИЧ.

Высокий уровень использования презервативов при коммерческих половых контактах КСР-клиентами проекта является необходимым условием сдерживания распространения ВИЧ-инфекции половым путем в общей популяции. Влияние проекта на уровень информированности в свою очередь способствует закреплению у КСР установок на безопасное или менее рискованное поведение при работе с клиентами, что выражено в результатах данного исследования.

Полученные данные об уровне распространенности ВИЧ среди КСР подтверждают эффективность воздействия проекта на ограничение распространения ВИЧ-инфекции в целевой группе. Уровень распространенности ВИЧ среди клиентов в 2 раза ниже, чем среди не клиентов, количество новых случаев ВИЧ среди клиентов ниже более чем в 4 раза по сравнению с не клиентами.

Результаты подобных исследований с одной стороны позволяют сотрудникам проекта оценить изменение ситуации в целевой группе и, соответственно, корректировать методы работы, а с другой могут служить доказательной базой для адвокации проекта на региональном и федеральном уровнях.

Основной целью профилактических проектов среди секс-работников является снижение уровня распространенности ВИЧ/ИППП в этой группе. Это означает, что деятельность проектов необходимо направить прежде всего на изменение поведения секс-работников на менее рискованное с точки зрения заражения ВИЧ/ИППП.

Достижению данной цели во многом способствует создание и реализация комплексных проектов, включающих помимо компонентов первичной и вторичной профилактики, обеспечение доступа к специализированным медицинским услугам и компонент психосоциальной адаптации. Непрерывность и продолжительность проектов также являются важными составляющими успеха профилактической деятельности среди секс-работников.

Глава 5.

Работа доверенного врача в программе.

Программы по профилактике ВИЧ/ИППП осуществляют свою работу непосредственно в местах локализации КСР. Аутрич-работники проводят активное информирование и консультирование клиенток программ по вопросам профилактики ВИЧ/ИППП. В результате ряда независимых исследований было установлено, что самым частым запросом со стороны КСР является лечение ИППП и прерывание беременности. При этом желательно, чтобы лечение занимало как можно меньше времени и было бесплатным. Деятельность программ по профилактике ВИЧ/ИППП осуществляется при содействии доверенных специалистов. Доверенными врачами могут быть дерматовенерологи и гинекологи. Обязательным условием является владение навыками консультирования по вопросам ВИЧ/ИППП с учетом социально-психологических особенностей КСР. В распоряжении врача должны быть ресурсы для проведения клинического и лабораторного обследования клиентов программ, наиболее желательными являются экспресс-методы, дающие возможность быстро поставить диагноз. В практике доверенного врача необходимо учитывать поведенческие характеристики КСР, их ориентировку на однократность посещения, невозможность проведения полноценного клинико-лабораторного контроля излеченности. Таким образом, в повседневной практике доверенного врача неизбежно применение синдромного лечения.

Раздел 5.1. Консультирование пациента.

Поршина О.В., Лосева О.К.

Консультирование по поводу инфекций, передаваемых половым путем, является неотъемлемой частью лечебного процесса. Доверенные врачи-венерологи и гинекологи должны рассказать пациентам об их заболевании. Специалист должен уметь понятным и доступным языком объяснить то, что необходимо сказать о лечении заболевания. Самое главное - это помочь пациентам не заразиться ИППП в будущем, не ставить под угрозу здоровье близких людей.

Консультирование представляет собой процесс, последовательно состоящий из нескольких частей: информирование, обсуждение ситуации, принятие решения о лечении (действия пациента на основе полученной информации). Очень важно просвещение пациента, которое является неотъемлемой частью консультирования. Следует отметить, что просвещение не является синонимом информирования. Информирование – это предоставление информации что называется «без комментариев», только факты. Просвещение же понятие более широкое, включающее в себя разъяснение фактов, использование методов убеждения пациента.

Просвещение пациента проводится, во-первых, с целью привлечь его к сотрудничеству в лечении имеющегося у него заболевания и, во-вторых, чтобы предотвратить возможное повторное заражение.

Просветительская работа в медицинском учреждении наиболее эффективна, поскольку пациент сам обратился к врачу и поэтому более восприимчив к просвещению. Наибольшая потребность в информации о заболевании у пациента возникает именно тогда, когда болеет он сам или его родственники. Поэтому посещение медицинского учреждения является уникальной возможностью для просвещения пациента.

Если пациент получает информацию о своем заболевании, знает, чем оно вызвано и как должно проходить лечение, то лечение будет более эффективным.

Для предупреждения повторного заражения может потребоваться изменение сексуального поведения. Наиболее сильный стимул для такого изменения – это болезнь, от которой пациент хочет избавиться. В это время ему нужно просвещение, убеждение и моральная поддержка.

Если благодаря просвещению пациент осознал необходимость лечения и изменения сексуального поведения, то это поможет предотвратить заражение ИППП и ВИЧ-инфекцией в будущем. Консультирование по поводу инфекций, передаваемых половым путем, является неотъемлемой частью лечебного процесса. Доверенные врачи-венерологи и гинекологи должны рассказать пациен-

там об их заболевании. Специалист должен уметь понятным и доступным языком объяснить то, что необходимо сказать о лечении заболевания. Самое главное - это помочь пациентам не заразиться ИППП в будущем, не ставить под угрозу здоровье близких людей.

Содержание бесед при консультировании

Инфекции, передаваемые преимущественно половым путем

Причины:

- Скажите Вашей пациентке, клиенту(ке), что у него(нее) хламидиоз(гонорея, трихомониаз) – инфекционное заболевание, которое вызывается бактериями(или простейшими, или вирусами).

Диагноз:

- Объясните простыми словами, как ставится диагноз.

Заражение:

- Объясните, что пациентка заразилась ИППП от партнера, с которым она имела незащищенные половые контакты. Этот партнер был, в свою очередь, инфицирован кем-то еще, недавно или уже давно. Таким образом, инфекция была передана ему (ей).
- Скажите, что у некоторых зараженных ИППП людей может не быть никаких симптомов. Если симптомы проявляются, это обычно происходит через 1-3 недели после заражения, они могут пройти незамеченными или выглядеть безобидно.

Осложнения:

Объясните всем клиентам, что

У женщин:

- Если не провести лечения, ИППП могут вызвать серьезные проблемы:
 - Урогенитальная инфекция может распространиться на матку и маточные трубы и вызвать ВЗОМТ (воспалительные заболевания органов малого таза);
 - ВЗОМТ могут вызвать изменения в маточных трубах, препятствующие наступлению нормальной беременности, и увеличить риск развития внематочной беременности, т.е. беременности, которая развивается в маточной трубе; это требует проведения хирургической операции.

-
- При ВЗОМТ может потребоваться госпитализация, возможны осложнения, при которых понадобится оперативное лечение (удаление яичников, придатков, матки)

У мужчин:

- ИППП могут вызвать боль в яичках, их припухлость или боль в суставах, а также привести к воспалению предстательной железы (простатиту, затем аденоме простаты) и бесплодию.

Беременность:

- Спросите клиентку, не беременна ли она или не исключает ли она такой возможности. Скажите ей, что это важно знать, т.к. некоторые препараты небезопасны для приема во время беременности.
- Скажите всем клиентам, что, если не проводить лечения во время беременности, то ИППП могут вызвать преждевременные роды, передаться ребенку во время родов и вызвать у него заболевание глаз, кожи, легких. При инфицировании резко повышается риск смерти ребенка в первые дни жизни.

Лечение:

- Расскажите клиенту(ке), как Вы собираетесь его(ее) лечить.
- Если Вы выписываете ему(ей) препараты, которые он(а) будет принимать самостоятельно, объясните, что для эффективности лечения очень важно принимать лекарства, как рекомендовано, и провести полный курс лечения, даже если симптомы исчезли до его завершения.
- Если у клиента(ки) возникнут какие-либо проблемы во время приема лекарства, попросите его(ее) обратиться к Вам.
- При необходимости проверки эффективности лечения договоритесь с клиентом(кой) о дате следующего визита.
- Скажите клиенту(ке), что очень важно сказать своим половым партнерам о заболевании и убедить их прийти в лечебное учреждение для получения более подробной информации и лечения, даже если у них отсутствуют какие-либо симптомы.
- Спросите, может ли клиент(ка) сказать половым партнерам о своем заболевании. Если не может, обсудите альтернативные варианты привлечения их в лечебное учреждение для обследования и лечения. Например, предложите свою помощь или помощь аутич-работника, или равного консультанта, или медицинской сестры в приглашении партнеров, гарантируя при этом конфиденциальность.

Профилактика:

Скажите клиенту(ке), что:

- Для предупреждения заражения других он(а) должен(на) избегать половых отношений до окончания лечения, даже если симптомы исчезли раньше. Если это невозможно, то практиковать только защищенный секс с презервативом, отдавать предпочтение непроницающим видам секса.
- Для предупреждения повторного заражения не следует вступать в половые отношения до того, как все партнеры не пройдут курс лечения, даже если у них нет симптомов. Если это невозможно, то придерживаться этого правила хотя бы с постоянным партнером.
- Если нельзя избежать половых отношений во время лечения самого(ой) клиента(ки) или до того, как его(ее) партнеры прошли курс лечения, использование менее опасных и безопасных видов секса уменьшит риск передачи инфекции от клиента(ки) другим или его(ее) повторного заражения.
- Даже если партнеры прошли курс лечения, они могут заразиться вновь, если вступают в половые отношения с другими партнерами, а затем могут передать инфекцию ему(ей). Если клиент(ка) не уверен(а) в верности своих партнеров, посоветуйте ему(ей) практиковать менее опасные и безопасные виды секса.
- Риск заражения ИППП и ВИЧ-инфекцией, приводящей к СПИДу, зависит от видов практикуемого секса. При анальном и вагинальном половом акте без использования презерватива риск передачи ИППП очень высок, а при оральном сексе без презерватива или другого механического барьерного средства риск заражения меньше, но полностью его исключить нельзя.

Обратите внимание пациентки, что она должна стараться избегать контакта с коммерческими и некоммерческими половыми партнерами, если у них есть признаки ИППП. Если это невозможно сделать, то практиковать менее опасный секс. После контакта с таким партнером необходимо провести экстренную профилактику, даже при использовании презерватива. При первой возможности обратиться к доверенному врачу для проведения экстренной медикаментозной профилактики.

- Менее опасные виды секса включают:
 - Использование презерватива при каждом половом контакте и на протяжении всей его длительности;
 - Оральный секс менее опасен, если при контакте: половой член – рот, на половой член надет презерватив, а при контакте: рот – влагалище

-
- или рот – анус, вход во влагалище или анальное отверстие прикрыты разрезанным презервативом или пищевой пленкой;
- Стимуляция полового партнера рукой
 - Безопасный секс включает:
 - Мастурбацию
 - Использование индивидуальных сексуальных игрушек;
 - Длительные моногамные отношения со здоровым партнером.
 - Очень важно, чтобы клиент(ка) поговорил(а) с половыми партнерами о менее опасных и безопасных видах секса. Спросите клиента(ку) о том, может ли он(а) затронуть эту тему при разговоре с ними. Попросите его(ее) попрактиковаться, что и как он(а) скажет своим партнерам.

Обследование на ВИЧ-инфекцию:

- Объясните, что ВИЧ-инфекция также передается половым путем. Скажите, что у людей, заразившихся ИППП, риск заражения ВИЧ-инфекцией выше, чем у лиц без ИППП. Спросите у Вашего клиента(ки), не хотел(а) бы он(а) обсудить возможность обследования на ВИЧ-инфекцию?

Скажите клиенту, что в будущем, если он или его партнеры когда-нибудь обнаружат у себя один из перечисленных ниже симптомов, это может указывать на то, что они заразились ИППП, и им надо обратиться к врачу:

- Необычные выделения из пениса или влагалища;
- Боль или жжение при мочеиспускании;
- Зуд и раздражение половых органов;
- Язвочки или уплотнения на половых органах, в анальных складках или вокруг них;
- Сыпь, включая сыпь на ладонях и подошвах;
- У женщин: боль внизу живота.

Подчеркните, что не следует заниматься самолечением.

Скажите пациентке, что она получила сегодня много информации, и что обычно после приема врача возникают вопросы.

Спросите, есть ли у нее вопросы.

Спросите, есть ли у нее вопросы, которые она хотела бы обсудить.

Скажите, что она может воспользоваться помощью равного консультанта

СИФИЛИС

Консультирование при сифилисе имеет некоторые особенности, так как это заболевание имеет ряд существенных отличий в путях передачи, клинике, воздействии на потомство, в сравнении с другими ИППП. Врач обязан указать эти отличия, разъяснить их значение для здоровья пациентки.

Причина заболевания:

Скажите пациентке, что у нее сифилис – инфекционная болезнь, которую вызывает микроорганизм, называемый бледной трепонемой. Без лечения сифилис может продолжаться всю оставшуюся жизнь. Заболевание характеризуется периодичностью течения, т.е. сменой периодов, когда есть наружные проявления заболевания, длительными периодами скрытого течения, когда поставить диагноз можно только по результатам исследования крови.

Диагноз:

Объясните простыми словами, как ставится диагноз: он основывается на осмотре пациента и исследовании крови на серологические реакции.

Заражение:

Объясните, что есть три основных пути передачи инфекции от одного человека к другому.

- А) половой путь – самый частый. Заражение происходит от партнера, с которым был половой контакт. Партнер должен был быть заражен в пределах 1-1,5 лет до этого. Следует помнить, что презерватив не дает полной защиты от сифилиса, только снижает риск заражения. Можно заразиться при глубоких поцелуях (если у партнера были высыпания во рту). Можно заразиться при трении кожи о кожу партнера, если у него есть высыпания, особенно травмированные. Можно заразиться при петтинге или от сексуальных игрушек, если были высыпания на коже и слизистых половых органов.
- Б) инъекционный путь – при пользовании общими шприцами во время потребления наркотиков. Заражение происходит при попадании крови больного человека. Возможно заражение при переливании крови больного, однако современные правила забора и хранения крови доноров практически исключают этот путь. Вероятность заражения возникает лишь при срочном переливании крови (в частности родственников) по жизненным показаниям, когда результаты серологических тестов у донора еще не известны.

-
- В) бытовой путь – бывает редко, но возможен. Риск заражения возникает тогда, когда у больного есть высыпания на коже и слизистых, особенно в полости рта, и при этом используется общая зубная щетка, общие бритьвенные принадлежности.

Объясните, что возбудитель сифилиса располагается в язвочках (или других высыпаниях), которые чаще всего появляются на половых органах, в прямой кишке, на слизистой полости рта. При прямом контакте с этими высыпаниями происходит заражение.

Стадии заболевания и осложнения:

Расскажите, что у сифилиса несколько стадий развития.

- Инкубационный период. Это время от момента заражения до появления первых признаков болезни. Длится в среднем три-четыре недели. Может быть длиннее или короче в зависимости от разных обстоятельств (прием антибиотиков, беременность, иммунодефицит).
- Первичный сифилис – это когда появляется шанкр – язвочка (или несколько язвочек) в месте попадания в организм бледной трепонемы (возбудителя сифилиса). Чаще всего шанкры возникают на половых органах, но может быть в любом месте, где произошло проникновение микроба. Язвочка, как правило, болезненная. Вблизи язвочки быстро появляются припухшие лимфатические узлы (в виде плотных образований размером с вишню, сливу). Даже без лечения язвочка заживает сама через 6-8 недель. Но это не значит, что болезнь прошла. Она будет развиваться дальше.
- Вторичный сифилис – вторая стадия сифилиса начинается через 6-8 недель после появления язвочки. Появляется сыпь на животе, груди, часто на ладонях и подошвах. Может быть боль в горле, осиплость голоса. Припухшие лимфоузлы в локтевых сгибах, на шее, подмышками. Эти высыпания появляются и исчезают. Так продолжается 2-3 года. Могут выпасть волосы на голове, ресницы, брови.
- Третичный сифилис – это когда на коже развиваются крупные единичные или более мелкие множественные узлы, которые изъязвляются и существуют длительное время (несколько месяцев). После их заживления остаются характерные рубцы. В этот же период могут возникать поражения внутренних органов, в первую очередь сердца, печени, головного и спинного мозга. Изменения в организме могут стать необратимыми, человек может умереть.

Беременность:

- Спросите пациентку, не беременна ли она. Или не исключает ли такой возможности. Скажите, что это очень важно, так как некоторые препараты небезопасны во время беременности.
- Скажите всем пациентам, как мужчинам, так и женщинам, что сифилис мать может передать своему ребенку во время беременности. У ребенка развивается врожденный сифилис. Врожденный сифилис – это серьезная угроза здоровью и жизни ребенка. Объясните, что ребенок родится здоровым, если во время беременности провести лечение как можно раньше. Поэтому женщинам надо в первые же месяцы беременности обследоваться на сифилис!

Лечение:

- Расскажите как вы собираетесь пациентку лечить
- Объясните, что вы должны увидеться еще раз для того, чтобы проверить эффективность лечения
- Важно убедить пациентку пригласить на обследование и лечение полового партнера
- Если пациентка не может пригласить партнера, то предложите ей помощь аутичера, равного консультанта или обсудите другие способы привлечения партнера к обследованию и лечению. Гарантируйте конфиденциальность!

Профилактика:

- Скажите, что нельзя сдавать кровь в качестве донора!
- Человек, переболевший сифилисом, не получает иммунитета от болезни. Он будет болеть столько раз, сколько раз произойдет заражение.
- Желательно не вступать в половые отношения, пока не закончен курс лечения
- Если невозможно воздержаться от секса, то стараться практиковать менее опасные виды секса. Обязательно использовать презерватив! Но если есть язвочки, на местах не защищенных презервативом, то риск заражения остается высоким
- Проведите до-тестовое консультирование на ВИЧ.

Раздел 5.2. Клинические проявления заболеваний.

Схемы лечения.

Поршина О.В.

Инфекции, передаваемые преимущественно половым путем, широко распространены во всем мире и являются проблемой для многих стран. Хотя существует более 20 различных ИППП, они имеют сходные клинические симптомы. Наиболее распространенными являются выделения из уретры (полового члена) и влагалища, генитальные язвы. В клинике ИППП можно выделить 6 основных синдромов.

1. Выделения из уретры
2. Выделения из влагалища
3. Генитальные язвы
4. Боли внизу живота
5. Отечность мошонки
6. Офтальмия новорожденных – этот синдром может развиваться в результате инфицирования новорожденного при прохождении через родовые пути больной матери. Необходимо лечение у специалиста – офтальмолога, но при некоторых обстоятельствах любой врач должен оказать медицинскую помощь.

В повседневной практике доверенного врача наиболее часто встречаются 1,2 и 4 синдромы. Они, как правило, вызваны гонококковой, хламидийной и трихомонадной инфекцией. Безусловно, для точной диагностики необходима хорошо оснащенная лаборатория. Важно желание и возможности врача для работы (время и материальные ресурсы).

Обязательным для КСР является эмпирическое лечение трех инфекций и дополнительно, по показаниям, сифилиса. Следует иметь в виду, что практически 100% КСР страдают бактериальным вагинозом, включая уrogenитальный кандидоз.

Общие жалобы: Выделения из влагалища, зуд во влагалище, дизурия (боли при мочеиспускании), боль во время полового акта, выделения из уретры, боль внизу живота, эрозии или язвы гениталий.

Отдельному рассмотрению подлежат три наиболее часто встречающиеся инфекции передаваемые преимущественно половым путем: хламидиоз, гонококковая инфекция и трихомониаз, на которых основаны блок-схемы.

ХЛАМИДИОЗ

Урогенитальный хламидиоз – инфекционное заболевание, вызываемое патогенным микроорганизмом *Chlamydia trachomatis* (серотип D-K). Хламидиоз является самой распространенной инфекцией как у мужчин, так и у женщин. До 80% случаев хламидиоза у женщин протекает бессимптомно.

Chlamydia trachomatis – микроорганизм, проявляющий тропизм к клеткам цилиндрического эпителия.

Женщины:

В 30% случаев урогенитальный хламидиоз у женщин протекает со следующими симптомами:

- слизисто-гнойные выделения из шейки матки
- выделения из влагалища
- боли в нижней части живота
- посткоитальное и межменструальное кровотечение
- дизурия
- признаки воспалительного заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), хронические тазовые боли

Мужчины:

У мужчин в 75% случаев заболевание сопровождается симптомами:

- выделения из уретры
- дизурия
- признаки эпидидимита и простатита

Симптомы, характерные для мужчин и женщин:

- аноректальные выделения или дискомфорт в этой области
- конъюнктивит
- боли в суставах

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Гонококковая инфекция – заболевание, вызванное *Neisseria gonorrhoeae*, передается преимущественно половым путем. Возможно заражение контактно-бытовым путем (девочки от больных матерей), при прохождении ребенка через родовые пути матери во время родов (гонобленнорея, или синдром «офтальмия новорожденных»)

Инфекция, вызванная *Neisseria gonorrhoeae*, в основном поражает эпителий уретры, эндоцервикса, прямой кишки, глотки, конъюнктивы.

Инфекция может распространяться через слизистую оболочку, поражая у мужчин придаток яичка и предстательную железу, а у женщин – эндометрий и органы малого таза. Также может наблюдаться диссеминация возбудителя из области слизистых оболочек и половых органов, хотя это явление встречается крайне редко.

Мужчины:

- симптомы и признаки уретрита, характеризующиеся выделениями из уретры и жжением при мочеиспускании
- при ректальной инфекции могут отмечаться выделения из заднего прохода и боли в перианальной области
- симптомы острого орхоэпидидимита, который наблюдается у мужчин моложе 40 лет,
- может иметь место бессимптомная инфекция: при уретритах < 10%, поражении прямой кишки >85%, глотки > 90% случаев.
- диссеминированная инфекция вызывает повышение температуры, петехии или пустулезные высыпания на коже, асимметричную артралгию, септический артрит, тендосиновит. Очень редко наблюдается менингит или эндокардит.

Женщины:

- изменение характера влагалищных выделений и признаки цервицита (слизисто-гнойные эндоцервикальные выделения, контактное кровотечение)
- острая боль в нижней части живота и болезненность при пальпации
- типичная бессимптомная инфекция при локализации:
 - в шейке матки >50%
 - в прямой кишке > 85%
 - в глотке > 90%
- диссеминированная инфекция вызывает повышение температуры, петехии или пустулезные высыпания на коже, асимметричную артралгию, септический артрит, тендосиновит. Очень редко наблюдается менингит или эндокардит.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ

Урогенитальный (мочеполовой) трихомониаз является самой распространенной инфекцией, передаваемой половым путем, вызывается простейшими *Trichomonas vaginalis*.

Основными очагами поражения при урогенитальном трихомониазе являются мочеиспускательный канал у мужчин, влагалище и уретра у женщин. Следуя строго биологическим принципам, трихомониаз не инфекция, а протозойная инвазия. В зарубежных руководствах, к сожалению, трихомониаз не выделен в отдельную нозологическую форму, а является одной из составляющих урогенитальной негонококковой или вагинальной инфекции.

Trichomonas vaginalis – протозойный паразит, является причиной ВЗОМТ.

При урогенитальном трихомониазе происходит сдвиг pH влагалищного содержимого в сторону щелочной реакции, что приводит к росту и распространению анаэробных бактерий, а это, в свою очередь, к дисбиозу влагалища, конкурентным метаболическим взаимоотношениям между аэробной и анаэробной инфекцией. Возбудитель трихомониаза быстро приспосабливается к условиям жизни. Около 25% пациентов лечению не поддаются. Кроме того, обладая способностями эндоцитоза, накапливает в себе возбудителей других инфекций, передаваемых половым путем, тем самым давая им защиту от антибактериальной и противовирусной терапии.

Из этого следует, что лечение трихомонадной инфекции – очень важный момент при назначении синдромных схем коррекции.

Мужчины:

- симптомы и признаки уретрита, характеризующиеся водянистыми беловатыми выделениями из уретры и жжением при мочеиспускании.
- трихомонады могут вызывать поражение предстательной железы, семенных пузырьков, придатков яичек, купферовых желез
- при восходящей инфекции наблюдается цистит, пиелит, пиелонефрит
- при затяжном течении возможно образование одиночных и множественных стриктур уретры

Женщины:

- изменение характера влагалищных выделений и признаки цервицита. Обильные желтоватые или зеленоватые выделения, зуд, жжение во влагалище и в области наружных половых органов, цервикальные петехии («клубничный цервикс»)

-
- покраснение больших и малых половых губ или преддверия влагалища, боли при мочеиспускании и половых актах
 - рН влагалища меньше или равно 5, положительный аминотест
 - при развитии процесса присоединяются вульвит, парауретрит, эндоцервицит, эндометрит и др.

У 10-50% больных урогенитальный трихомониаз протекает бессимптомно. В последние годы получены доказательства связи трихомонадной инфекции с патологией беременности и родов.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

Кандидоз – инфекционное заболевание, протекающее с поражением гладкой кожи и слизистых оболочек и/или поражением внутренних органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Основным возбудителем является *Candida albicans*, с которым связывают более 80% кандидозов, но инфекция может быть вызвана и другими видами. Дрожжеподобные грибы в небольших количествах могут входить в состав естественной микрофлоры влагалища. Патогенные свойства микроорганизма проявляются при изменениях макроорганизма: нарушение равновесия в микробном биоценозе влагалища, иммуносупрессивные состояния (как физиологические, так и патологические), воздействие антибиотиков и нарушение обмена веществ (эндокринопатии), ятрогенное воздействие (особенно антибиотики, антисептики, гормональные контрацептивы).

Урогенитальный кандидоз имеет три клинические формы: кандидоносительство, острый и хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз. Для кандидоносительства характерно отсутствие жалоб и клинических проявлений. При микроскопии материала из цервикального канала и уретры определяется небольшое количество грибов. Острая форма кандидоза характеризуется ярко выраженной островоспалительной картиной: покраснение, отек, высыпания на слизистых. Продолжительность заболевания острой формой кандидоза не превышает двух месяцев. Хроническая форма кандидоза характеризуется длительностью заболевания более двух месяцев.

Клинически проявляется обильными или умеренными творожистыми выделениями, зудом, жжением, раздражением в области наружных половых органов, усилением зуда во время сна или после водных процедур и полового акта, неприятным запахом, усиливающимся после половых контактов. При поражении уретры появляются выделения из мочеиспускательного канала бледно-желтого цвета, чаще скудные. У мужчин кандидозный уретрит может

осложняться кандидозным простатитом, эпидидимитом, циститом. Следует обратить внимание на то, что у ВИЧ-позитивных пациентов кандидоз, как правило, носит хронический рецидивирующий характер. Любая проводимая антибиотикотерапия в большинстве случаев осложняется кандидозом.

Раздел 5.3. Этиологическая диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем.

Поршина О.В.

1. Жалобы
2. Анамнез
3. Осмотр (см. клинические проявления)
4. Консультирование (до-тестовое), информирование (включая обучение безопасному сексу)
5. Взятие материала для исследования (кровь, выделения, соскоб, отделяемое язвы), если это возможно
 - кровь – микрореакция преципитации на сифилис, ИФА на АТ к ВИЧ, на наличие вирусных гепатитов, ПЦР на инфекции (хламидии, герпес и др. по показаниям)
 - материал из уретры и цервикса для микроскопического исследования микрофлоры на наличие гонококков и трихомонад, хламидий (мазки в окраске по Романовскому-Гимзе и ПИФ). ПИФ на уреаплазму при проведении синдромного лечения нецелесообразно (исследование затратно, а уреаплазма хорошо поддается антибиотикотерапии, проводимой при других ИППП). В зависимости от обстоятельств, доверенный врач все же может проводить это исследование:
 - культуральное исследование на гонококки, уреаплазму, трихомонады
 - отделяемое эрозии (язвы) или пунктат регионарного лимфоузла для проведения темнопольной микроскопии (на бледную трепонему)
 - тест на беременность
6. Лабораторное исследование (при отсутствии его – предполагаемый диагноз) и после-тестовое консультирование. Иногда нет возможности проведения лабораторного исследования, тогда врач должен сообщить пациентке о предполагаемом диагнозе, однако надо изыскивать возможности для проведения обследования.
7. Назначение лечения – этиологического или синдромного.

8. Клинико-лабораторный контроль (идеальный вариант). Пациентам необходима помощь равных консультантов для принятия решения о продолжении наблюдения у врача и привлечения к обследованию и лечению полового партнера
9. Ведение полового партнера

СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

В данном пособии представлены схемы как этиологического, так и синдромного лечения инфекций, передаваемых половым путем. Выбор тактики лечения (этиологическое или синдромное) делает сам врач в зависимости от ситуации. Выбор методики осуществляется на основании наличия клинических проявлений, лабораторных данных нередко при частичном или полном отсутствии таковых, вероятности повторной встречи врача и пациентки, употребления пациенткой алкоголя и психоактивных веществ и многих других обстоятельств. Обязательным условием является запись в медицинской карте с указанием всех назначенных препаратов, доз и кратности приема, а также побочных действий, если таковые имели место. Желательно, чтобы врач фиксировал эффективность проводимого лечения, трудности при его проведении. Подобные замечания врача позволят усовершенствовать в дальнейшем предлагаемые схемы лечения.

Лечение неосложненного хламидиоза нижних отделов мочеполовой системы			
Рекомендованные схемы		Альтернативные схемы	
препарат	дозировка	препарат	дозировка
Сумамед (зитролид, хемоцилин, зи-фактор)	1,0 г внутрь однократно	Эритромицин	500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней
Медамицин	100 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней	Офлоксацин	200 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней
Юнидокс Солютаб	100 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней	Рокситромицин	150 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней
		Кларитромицин	по 250 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней

Лечение хламидиоза верхних отделов мочеполового тракта, органов малого таза и других органов			
Рекомендованные схемы		Альтернативные схемы	
препарат	дозировка	препарат	дозировка
Азитромицин (сумамед, зитролид, хемомицин, зи-фактор) индуктор эндогенного интерферона лавомакс 125 мг, принимать по 1 таб. На 1,2 день, затем через день. Курс лечения 10 таблеток	2,0 г внутрь однократно или по 1,0 г на 1, 7, 14 день лечения	Эритромицин	500 мг внутрь 4 раза в день в течение 14 дней, или
		Джозамицин (вильпрафен)	500 мг внутрь 2 раза в день при неослож. 7 дней, при осложнен. 14 дней, суточная доза 2 г может быть использована для превентивного лечения хламидиоза
		Кларитромицин (klarбакт, кларбайт, фромилид)	по 500 мг внутрь 2 раза в день при неослож. 7 дней, при осложнен. 14 дней
		Пемофлоксацин (абактал)	400 мг внутрь 2 раза в сутки при неослож. 7 дней, при осложнен. 14 дней

Лечение хламидиоза верхних отделов мочеполового тракта, органов малого таза и других органов			
Рекомендованные схемы		Альтернативные схемы	
препарат	дозировка	препарат	дозировка
Доксициклин (медамин, Юнидокс Солютаб)	по 100 мг внутрь 2 раза в день 14-21 день	Офлоксацин (таривид)	по 200 мг 2 раза в день внутрь при неосложнен. 7 дней, при осл. 14 дней
		Заноцин	внутривенно 400мг 1 раз в день 7 дней
		Заноцин ОД 400 мг	внутри 1 раз в день при неосложнен. 7 дней, при осл. 14 дней
		Ломефлоксацин (ломфлоркс, ксенаквин)	400 мг внутрь 1 раз в день при неосложнен. 7 дней, при осл. 14 дней
		Спирамицин	по 3 млн. МЕ 3 раза в сутки через 2 часа после еды при неослож. 10 дней, при осложнен. 14 дней и более
		Рокситромицин	по 150 мг 2 раза в сутки внутрь при неосложнен. 10 дней, при осложнен. 14 дн.
		Рифампицин (бенемидин)	300 мг 3 раза в день внутрь при неослож. 7-10 дней, при осложнен. 14-21 день

Лечение неосложненной гонококковой инфекции мочеполового тракта			
Рекомендованные схемы		Альтернативные схемы	
препарат	дозировка	препарат	дозировка
Цефтриаксон	1,0 г однократно внутримышечно или внутривенно	Сумамед, зитролид, хемомицин, зифактор	1,5 г внутрь однократно
Спектино-мицин (тробецин или Кирин)	4,0 г однократно внутримышечно, или 2,0 г+2,0 г с интервалом в 24 часа	Ломефлоксацин (ломфлос)	800 мг внутрь однократно
Ципрофлоксацин медамицин	внутри 750 мг	Медамицин или юнидокс солютаб	курсовая доза 1,5 г
Цифран ОД	внутри 1,0 г однократно	Рифампицин	0,9 г внутрь однократно или в течение 2 дней
Офлоксацин	800 мг внутрь однократно	Таваник	500 мг -100 мл однократно внутривенно или 500 мг внутрь однократно
Заноцин ОД	800 мг однократно раствор для внутривенной инфузии (200 мг – 100 мл) внутривенно по 400 мг однократно		

Лечение осложненной гонококковой инфекции.	
препарат	дозировка
Цефтриаксон	1,0 г внутримышечно или внутривенно
Спектиномицин	2 г внутримышечно каждые 12 часов
Ципрофлоксацин	500 мг 2 раза в день внутрь 10-14 дней
Цифран ОД	1,0 г в день внутрь 10-14 дней
Левифлоксацин	500 мг в день внутрь
Офлоксацин (таривид)	400 мг внутрь 2 раза в день 10-14 дней
Заноцин ОД	800 мг 1 раз в день 10-14 дней

Лечение уrogenитального трихомониаза* Рекомендованные схемы	
препарат	дозировка
Тинидазол	по 0,5 г каждые 15 мин., курсовая доза 4,0 г
Метронидазол (трихопол)	250 мг 4 раза в сутки
Тибералостр	1,5 г однократно. При осложнен. 0,5 г 2 раза в день 5-10 дней
Нифуратель (мак-миррор)	200 мг 4 раза в сутки 7 дней При ослож. 200 мг 4 раза в сутки 14 дней.
Тенонитразол (атрикан)	0,25 г 2 раза в сутки 4 дня

* *Лечение уrogenитального трихомониаза должно сочетать применение внутренних препаратов и местных лекарственных форм (вагинальные свечи, овулы, таблетки).*

«Золотой стандарт» в местном лечении трихомониаза свечи «Неопенотран». Возможно применение комплекса «Мак-миррор», «Полижинакс», наиболее дешевыми и доступными вариантами лечения являются «Клион-Д100», суппозитории «Гексикон» и таблетки вагинальные «Метронидазол».

Лечение урогенитального кандидоза:			
Рекомендованные схемы		Альтернативные схемы	
препарат	дозировка	препарат	дозировка
Дифлюкан	150 мг однократно	Флуконазол (форкан)	150 мг однократно

При хронических рецидивирующих формах возможно повторение приема препаратов 1 раз в три дня.

Курс лечения – 3 приема.

При проведении антибиотикотерапии показано применение противокандидозных препаратов.

В качестве иммунотерапии применение индуктора эндогенного интерферона препарат «Лавомакс» по 125 мг 1 раз в день на 1,2 день, затем через день. Курс 10 таблеток

Одновременно проводится вагинальное лечение (одним из указанных препаратов):

Ливарол 1 суппозиторий в сутки (в период покоя) 5 дней

Пимафуцин 1 суппозиторий в сутки (в период покоя) 7 дней

Йодоксид 1 суппозиторий 1 раз в сутки (в период покоя) в течение 7 дней

Гино-леварил 1 суппозиторий (150мг) 1 раз в сутки (в период покоя) в течение 3 дней

Полижинакс 1 овула 1 раз в сутки (в период покоя) в течение 7 дней

Вагинальное лечение не проводится во время менструации.

При упорно рецидивирующем течении вагинальное лечение возможно повторять ежемесячно.

Раздел 5.4. Синдромное лечение.

Показания и противопоказания.

Описание синдромов.

Преимущества синдромного подхода к диагностике и лечению ИППП у КСР.

Лосева О.К., Поршина О.В.

Синдромное, или эмпирическое, лечение рекомендовано всем женщинам с высоким риском заражения инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, и относящимся к целевым группам риска. Обосновано оно тем, что необходимо «перекрыть» основные инфекции, играющие роль в возникновении воспалительных заболеваний органов малого таза. Назначается исходя из клинической симптоматики и эмпирически воздействует на ведущие патогены. Синдромное лечение должно быть направлено на основные возбудители:

- N. gonorrhoeae
- C. trachomatis
- T. vaginalis

Показания и принципы выполнения:

1. Эпидемия инфекций, передаваемых половым путем. Синдромное лечение должно проводиться в тех случаях, когда затруднена полноценная лабораторная диагностика ИППП
2. Синдромное лечение могут назначать только венерологи и гинекологи
3. Синдромному лечению повсеместно подлежат женщины с высоким риском заражения ИППП из целевых групп риска, в данном случае уличные коммерческие секс-работницы. Время, затраченное на выявление инфекционных факторов, причастных к развитию болезни, может обернуться тяжелыми последствиями для пациентки.
4. Синдромное лечение должно «перекрывать» три инфекции: гонококковую, хламидийную, трихомонадную, то есть те инфекции, которые «ответственны» за наиболее распространенный синдром «выделения из влагалища»
5. Использовать для лечения препараты эффективные, указанные в официальных схемах лечения, в дозах, не превышающих предельно допустимых.
6. Залогом успешного синдромного лечения является установление топического диагноза, позволяющего выбрать разные схемы для терапии неосложненного и осложненного воспалительного процесса мочеполовых

органов. В случаях, когда нет возможности установить точный топический диагноз, лечение проводится как при осложненной форме инфекции.

7. Синдромное лечение не проводят лицам «декретированных» профессий.
8. Синдромному лечению подлежат лица, явка которых на повторный прием к врачу сомнительна
9. Синдромное лечение должно быть бесплатным. Только в этом случае врач может быть уверен в немедленном его начале и заинтересованности больного в информировании полового партнера

Противопоказания к синдромному лечению:

1. Новорожденные и дети раннего возраста.
2. Онкологические заболевания.
3. Туберкулез
4. Беременность, любая неотложная патология в течение беременности
5. Особо опасные инфекции.
6. Множественная лекарственная непереносимость в анамнезе
7. Необходимость в экстренной госпитализации (любая хирургическая, акушерско-гинекологическая и соматическая патология).
8. Отказ пациента

Соблюдение перечисленных показаний и противопоказаний к назначению синдромного лечения, правильное его проведение позволят снизить заболеваемость ИППП среди уличных коммерческих секс-работниц.

Безусловно, каждую клиентку программы по профилактике ВИЧ/ИППП нужно убеждать в необходимости прохождения полноценного клинико-лабораторного обследования, лечения и последующего контроля.

Традиционные методы диагностики ИППП – этиологический (обнаружение возбудителя заболевания лабораторными методами, серологическая диагностика) и клинический (установление диагноза на основании оценки жалоб пациента и объективных симптомов) имеют определенные особенности, которые приобретают весьма важное значение именно в работе доверенных врачей и могут заметно сказываться на ее эффективности.

- при традиционном подходе лечение не начинают, пока не будут готовы все результаты лабораторных тестов. Как правило, это требует повторного посещения врача пациентом, что весьма проблематично при работе с КСР; в то же время продолжается инфицирование контактных лиц;

-
- идентификация возбудителей ИППП требует наличия опытного персонала и нередко сложного лабораторного оборудования, что не всегда или не в полном объеме имеется в распоряжении доверенного врача;
 - клиническая диагностика, даже при наличии у врача большого опыта, затруднена сходством симптомов различных ИППП, нередко бессимптомным течением, а также большой частотой смешанных инфекций.

Пациенты, страдающие несколькими инфекциями, нуждаются в лечении каждой из них, поскольку неизлеченная инфекция, хотя бы одна, может привести к серьезным осложнениям. Даже при хорошо организованной службе здравоохранения этиологический и клинический методы диагностики дают возможность выявить этиологический момент лишь в половине случаев. В отношении КСР эффективность этих методов особенно проблематична.

Все сказанное подтверждает, что при работе доверенного врача с КСР оптимальным является иной, а именно синдромный подход к ведению пациентки.

Основные характеристики синдромного подхода следующие:

- 1) Классификация основных возбудителей ИППП по клиническим синдромам, которые они вызывают;
- 2) Использование блок-схем, позволяющих медицинскому работнику идентифицировать причины данного синдрома;
- 3) Немедленное лечение всех заболеваний, вызывающих данный синдром;
- 4) Выявление и лечение партнеров, информирование пациента о методах лечения и снижении риска повторного заражения, обеспечение презервативами.

Несмотря на то, что ИППП вызывают различные виды микроорганизмов, количество синдромов ограничено.

Синдром представляет собой группу субъективных и объективных симптомов, т.е. жалобы пациента и симптомы, которые наблюдает врач. В нижеприведенной таблице приведены жалобы, симптомы основных синдромов ИППП и их этиология.

Синдром	Жалобы	Объективные признаки	Наиболее распространенные причины
Выделения из влагалища	Выделения из влагалища. Зуд во влагалище. Боль при мочеиспускании и во время полового акта	Выделения из влагалища	Трихомониаз Кандидоз Гонококковая инфекция Хламидиоз
Выделения из уретры	Выделения из уретры. Дизурия, учащенное мочеиспускание	Выделения из уретры (свободные или при надавливании)	Гонококковая инфекция Хламидиоз
Генитальная язва	Эрозия или язва гениталий	Генитальная язва. Увеличенные паховые лимфоузлы	Сифилис Шанкرويد Генитальный герпес
Боль внизу живота	Боль внизу живота и во время полового акта	Выделения из влагалища Болезненность в нижней части живота при пальпации Температура тела выше 38°C	Гонококковая инфекция Хламидиоз Смешанная анаэробная инфекция
Отечность мошонки	Боль в мошонке и отечность	Отечность мошонки	Гонококковая инфекция Хламидиоз
Паховый бубон	Болезненные и увеличенные паховые лимфоузлы	Увеличение и флюктуация паховых лимфоузлов	Венерическая лимфогранулема Шанкرويد
Офтальмия новорожденных	Отечность век Гнойные выделения из глаз Невозможность открыть глаза	Отечность век Гнойные выделения из глаз	Гонококковая инфекция Хламидиоз

Цель синдромного подхода – идентифицировать один из этих синдромов и организовать ведение пациента, используя соответствующие блок-схемы.

Синдромный подход применяют только к описанным семи синдромам, которые поддаются лечению антибиотиками и которые без лечения могут дать серьезные осложнения. В описанные семь синдромов не входят такие, как пузырьковые высыпания (герпес), генитальные бородавки и дизурия у женщин.

Для каждого из семи синдромов разработана блок-схема, определяющая последовательные шаги в ведении пациента с данным синдромом. Использование блок-схем позволяет грамотно оказывать медицинскую помощь даже в случае, если врач не является специалистом-дерматовенерологом, и оказание помощи происходит на любом уровне, начиная с первичного звена.

Преимущества использования блок-схем состоят также:

- в безотлагательности лечения, которое может быть начато при первом же посещении лечебного учреждения;
- в более широкой доступности лечения;
- в возможности проведения профилактических мероприятий (просвещение, распространение презервативов).

Этиологический и клинический подходы направлены на лечение только одного заболевания, в то время как синдромный подход предлагает немедленное лечение всех основных ИППП, которые могут быть ответственны за имеющиеся синдромы. Затраты на увеличенный расход лекарств при синдромном лечении все равно оказываются экономически более выгодными, чем стоимость неэффективного лечения лиц со смешанными и бессимптомными инфекциями.

Синдромный подход приводит к быстрой санации пациента и прерыванию эпидемиологической цепочки.

Учитывая все вышесказанное, синдромный подход в ведении пациентов из группы КСР является единственно эффективным подходом, обеспечивающим основное условие контроля за распространением ИППП – раннее эффективное лечение больного при первом же посещении лечебного учреждения. Блок-схема представляет собой дерево решений и действий. Она состоит из комплекса трех блоков:

- клинические проявления (симптомы, представленные на блок-схеме)
- решения, которые должны быть приняты
- действия, которые должны быть осуществлены.

Раздел 5.5. Сбор анамнеза и обследование.

Лосева О.К.

Для определения синдрома и выбора соответствующей блок-схемы во всех случаях необходимы сбор анамнеза и обследование пациента – визуальное и пальпаторное.

При сборе анамнеза необходимо получить следующую информацию:

1. Общие сведения о пациенте;

- возраст
- род занятий
- семейное положение
- наличие и число детей

2. Сведения о настоящем заболевании;

- предъявляемые жалобы и длительность заболевания

Мужчины:

- При выделениях из уретры
Боль при мочеиспускании? Частота мочеиспускания?
- При отечности мошонки
Была ли травма?
- При наличии пахового бубона
Это болезненно? Связано ли с генитальной язвой? Есть ли где-либо еще на теле такие опухлости или высыпания?

Женщины:

- При выделениях из влагалища
Боль при мочеиспускании? Частота мочеиспускания?
- При боли внизу живота
Кровянистые или другие выделения из влагалища? Тяжело протекающая беременность? Тяжелые роды? Болезненные или нерегулярные месячные? Отсутствие или задержка месячных?

Мужчины и женщины:

- При генитальных язвах
Это болезненно? Возникает периодически? Время появления? С чем связано возникновение?
- Другие симптомы, такие, как жжение и дискомфорт.

3. Медицинский анамнез;

- Перенесенные ИППП
Какие? Когда? Лечение и его результаты? Результаты анализов?
- Другие заболевания
Какие? Когда? Лечение и его результаты? Результаты анализов?
- Прием антибиотиков
- Аллергические реакции на антибиотики

4. Сексуальный анамнез.

- наличие постоянного партнера;
- длительность работы в секс-бизнесе.

После сбора анамнеза проводится обследование пациента.

Обследование пациенток-женщин для выявления синдромов ИППП.

В результате устанавливают наличие или отсутствие:

- бубонов,
- язв, эрозий,
- выделений из влагалища, отметив их характер, цвет и количество.

Может быть проведено также влагалищное или бимануальное исследование.

Обследование пациентов-мужчин для выявления синдромов ИППП. Обследование проводится в положении пациента стоя, при необходимости – в положении лежа. Пациенту предлагают освободиться от одежды в границах от груди до колен. Проводят пальпацию паховых областей, выявляя наличие или отсутствие увеличенных лимфоузлов (бубона). Пальпируют мошонку, яички, придатки яичек, семенной канатик. Осматривают половой член, отмечая наличие высыпаний или язв. По просьбе врача пациент оттягивает крайнюю плоть и обнажает головку полового члена. Проводится осмотр головки и наружного отверстия уретры. Если нет свободных выделений из уретры, пациента просят помассировать ее, чтобы получить возможное содержимое.

Таким образом устанавливают наличие или отсутствие:

- бубонов,
- язв,
- выделений из уретры, отметив их характер, цвет и количество.

После выбора синдрома медицинский работник действует по соответствующей блок-схеме.

Глава 6.

Основные блок-схемы синдромного лечения.

Требования к препаратам для синдромного лечения ИППП:

1. Эффективность не ниже 90%
2. Доступная цена
3. Низкая токсичность и хорошая переносимость
4. Медленное наступление резистентности возбудителя болезни к лекарственному препарату
5. Возможность однократного приема

Выбор между однократными и многократными методиками лечения осуществляется врачом на основании следующих критериев:

1. Степень тяжести и продолжительность заболевания
2. Наличие осложнений
3. Риск несоблюдения пациентом врачебных рекомендаций
4. Социальная адаптированность пациентов
5. Приверженность к лечению
6. Количество половых партнеров и возможность их лечения
7. Особые обстоятельства

Выбор каждого препарата для лечения осуществляется с учетом анамнеза об отсутствии лекарственной непереносимости. Для каждого пациента сбор аллергологического анамнеза - обязателен!

Раздел 6.1. Синдром «Выделения из уретры».

Поршина О.В.

Синдром «Выделения из уретры» является наиболее распространенным у мужчин. Формировать признаки этого синдрома могут гонококковая инфекция, трихомониаз, хламидиоз, кандидоз. Поражение может локализоваться в передней уретре, тотально поражать всю уретру; осложнением являются стриктуры мочеиспускательного канала, воспаления желез. Восходящее поражение может распространяться на предстательную железу.

При проведении осмотра врач обращает внимание на характер выделений, цвет, количество, зависимость от времени суток, мочеиспускания. Необходимо выяснить субъективные ощущения пациента (боль, жжение, резь при мочеиспускании, зуд). У пациента надо спросить, как долго его беспокоят подобные проявления, были ли в анамнезе эпизоды стихания и обострения процесса, пытался ли сам лечиться (если да, то чем).

Блок-схема при Синдроме «Выделения из уретры»



Лечение Синдрома «Выделения из уретры»	
препарат	дозировка
Тиберал	150 г однократно
Атрикан	250 мг 2 раза в сутки, 4 дня
Цефтриаксон	1 г в/м, однократно
Сумамед (Азитромицин, зи-фактор, хеомоцилин)	1 г однократно (при наличии данных за хронический процесс 1 г на 1, 7, 14 день)

Возможен выбор альтернативных схем на основании таблиц этиологического лечения

Раздел 6.2. Синдром «Выделения из влагалища»

Поршина О.В.

Выделения из влагалища – самый распространенный синдром у женщин. Этиологическим фактором в формировании этого синдрома являются гонококковая, трихомонадная, хламидийная и грибковая инфекция. Выделения из влагалища могут быть проявлением бактериального вагиноза. Характер выделений может быть обусловлен индивидуальными физиологическими особенностями, приемом оральных контрацептивов. Существенно снижают количество выделений вплоть до сухости влагалища антисептики, особенно при систематическом использовании.

Кровянистый характер выделений свидетельствует о возможном повреждении органов малого таза. Пациентку с такими выделениями рекомендуется направлять на консультацию к гинекологу, при необходимости – в гинекологический стационар.

При проведении консультирования пациентки с выделениями из влагалища убеждать ее в необходимости проведения полноценного обследования и этиологического лечения с привлечением полового партнера.

Блок-схема при синдроме «Выделения из влагалища»



*Факторы риска:

- *возраст меньше 21 года*
- *или пациентка не замужем*
- *или больше 1 партнера*
- *или новый партнер последние 3 месяца*
- *зависимость от алкоголя или наркотиков*
- *коммерческие половые контакты*

Лечение синдрома «Выделения из влагалища»	
препарат	дозировка
Обязательно проведение противотрихомонадного лечения:	
Тиберал	15 г однократно
Атрикан	250 мг 2 раза в сутки, 4 дня
Метронидазол (трихопол)	250 мг. 2 раза в день в теч. 7 дней
Одновременно:	
Цефтриаксон	1,0 в/м 1 раз в сутки до исчезновения клинических симптомов + 24-48 часов
Сумамед (Азитромицин, зифактор, хемомицин)	1 г однократно
После этого:	
Ципрофлоксацин	500 мг внутрь 2 раза в сутки, до 14 дней
Офлоксацин	400 мг внутрь 2 р/сут, до 14 дней
Цифран ОД	1000 мг 1р/сут, 14 дней
Заноцин Од	800 мг 1 р/сут, 14 дней
По поводу хламидийной инфекции:	
Доксицилин	100 мг внутрь 2 раза в день – 14 дней
Тетрациклин	500 мг внутрь 4 раза в день – 14 дней
Эритромицин	500 мг внутрь 4 раза в день – 10 дней
В завершении антибиотикотерапии обязательно однократный прием противокандидозных препаратов:	
Дифлюкан	150 мг однократно
Форкан	150 мг однократно
Проведение местного лечения:	
Свечи «Нео-пенотран»*	1 вагинально в период покоя в теч.7 дней
Свечи «Иод-оксид»**	1 вагинально в период покоя в теч.7 дней
Свечи «Ливарол»	1 вагинально в период покоя в теч.7 дней
«Полижинакс»	1 овула 1 раз в день вагинально 7 дней
Альтернативные схемы см. в этиологическом лечении.	
* Нео-пенотран противопоказан в первом триместре беременности, во втором и третьем только по строгим показаниям под наблюдением врача	
** Противопоказан пациенткам с повышенной чувствительностью к йоду При явлениях бактериального вагиноза показано применение суппозитория «Гексикон»	

Раздел 6.3. Синдром «Боль внизу живота».

Лосева О.К.

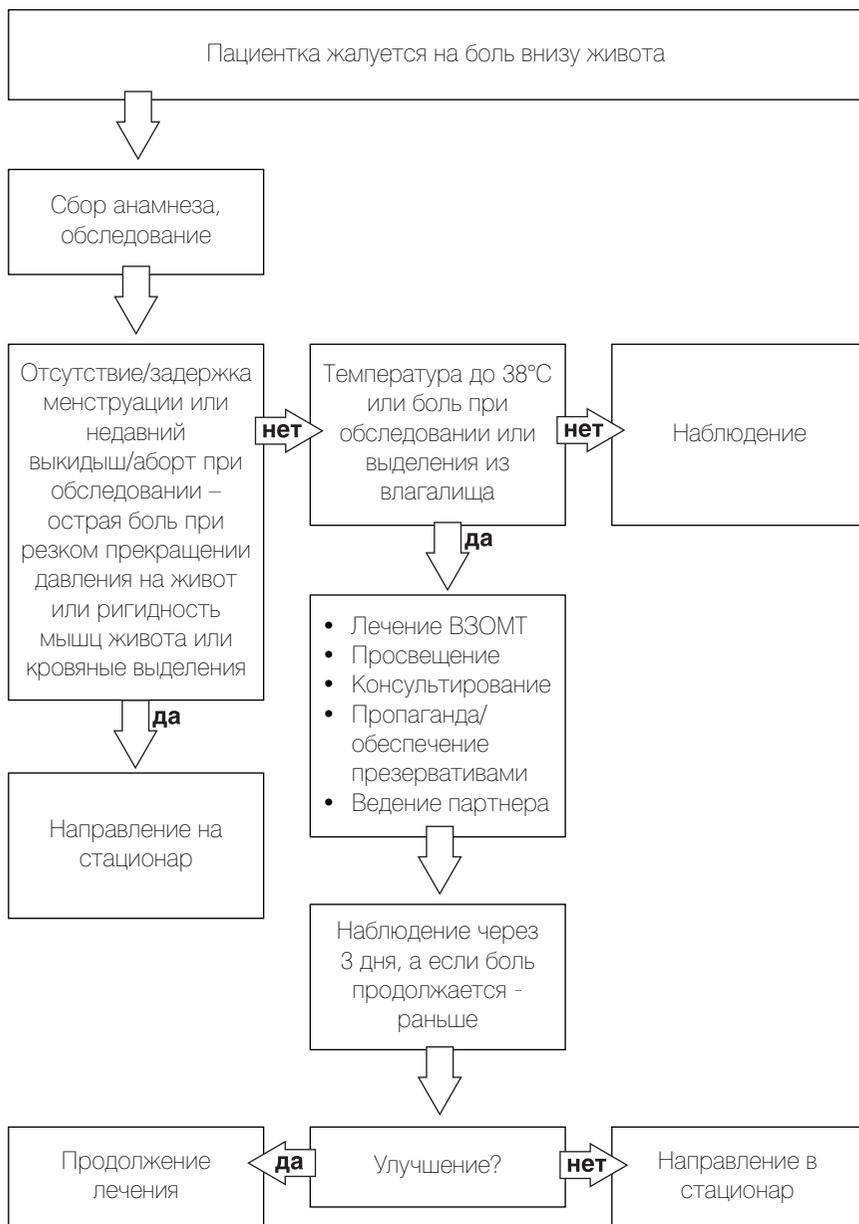
Боль внизу живота чаще всего наблюдается при воспалительных заболеваниях малого таза (ВЗМОТ) у женщин. ВЗМОТ являются результатом восходящей инфекции из шейки матки при гонококковой и хламидийной инфекциях, а также инфекциях, вызванных анаэробными бактериями.

Восходящая инфекция может локализоваться в матке, ее придатках или выходить за пределы внутренних половых органов. К ВЗМОТ относятся: эндометрит, метроэндометрит, сальпингит, салингоофорит, tuboовариальный абсцесс, тазовый перитонит. При отсутствии лечения может развиваться угрожающий жизни генерализованный перитонит.

Результатом сальпингита и сальпингоофорита может стать непроходимость фаллопиевых труб и бесплодие. В случае полной двусторонней непроходимости труб возникает полное трубное бесплодие. При частичной непроходимости суженный просвет трубы может пропускать сперматозоиды, так что оплодотворение возможно, но оказывается непроходимым для яйцеклетки, вследствие чего наступает внематочная (трубная) беременность. В свою очередь трубная беременность может закончиться разрывом трубы и кровоизлиянием в брюшную полость, что также угрожает жизни и служит поводом для срочного хирургического вмешательства.

В анамнезе у женщин с ВЗМОТ обычно отмечают боли в нижней части живота и выделения из влагалища. Если среди жалоб пациентки присутствует боль внизу живота, следует использовать блок-схему «Боль внизу живота».

Блок-схема при синдроме «Боль внизу живота»



Поскольку этиологическим моментом ВЗОМТ может быть гонорейная и/или хламидийная инфекция, следует провести следующее лечение:

Лечение синдрома «Боль внизу живота»	
препарат	дозировка
По поводу гонорейной инфекции:	
Цефритаксон	1,0 в/м 1 раз в сутки до исчезновения клинических симптомов + 24-48 часов
После этого	
Ципрофлоксацин	500 мг внутрь 2 раза в сутки, до 14 дней
Офлоксацин	400 мг внутрь 2 р/сут, до 14 дней
Пролонгированные фторхинолоны	
Цифран ОД	1000 мг 1р/сут, 14 дней
Заноцин ОД	800 мг 1 р/сут, 14 дней
По поводу хламидийной инфекции	
Доксицилин	100 мг внутрь 2 раза в день – 14 дней
Тетрацилин	500 мг внутрь 4 раза в день – 14 дней
Эритромицин	500 мг внутрь 4 раза в день – 10 дней
По поводу анаэробной инфекции	
Метронидазол	400-500 мг внутрь 2 раза в день – 14 дней
<i>Примечание:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • ципрофлоксацин, доксицилин и тетрацилин нельзя назначать во время беременности или грудного вскармливания. • метронидазол противопоказан в первом триместре беременности; необходимо также предупредить пациентку об опасности употребления алкоголя во время лечения метронидазолом. 	

6.4. Синдром «Генитальные язвы»

Лосева О.К.

Язвы или эрозии на гениталиях могут возникать при сифилисе, шанкroiде, донованозе и герпесе гениталий.

Единичные или множественные округлые эрозии и язвы на гениталиях (шанкры) характерны для первичного сифилиса, при котором они сопровождаются увеличением паховых лимфатических узлов, имеющих плотно-эластическую консистенцию. Эрозии и язвы при сифилисе безболезненны.

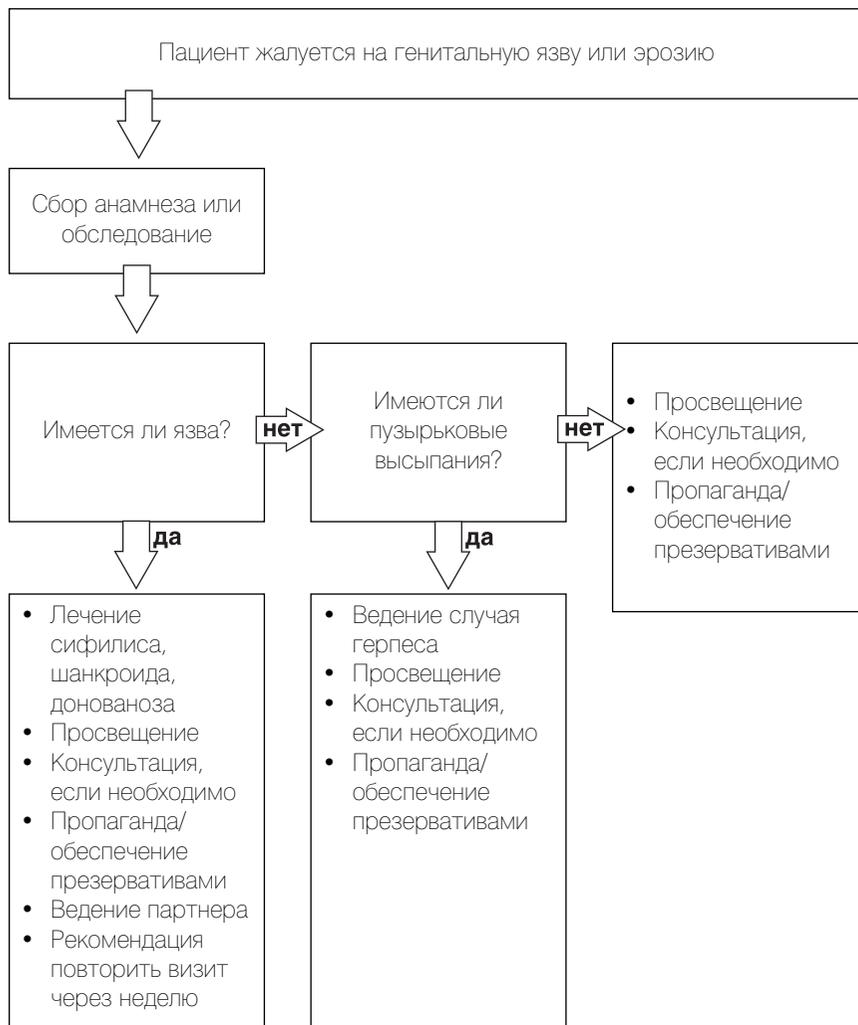
Множественные язвенные дефекты, резко болезненные, с обильным гнойным отделяемым, с сопутствующим увеличением и последующим изъязвлением паховых лимфатических узлов типичны для шанкroiда или мягкого шанкра.

Донованоз, или паховая гранулема, характеризуется появлением в области гениталий узелков диаметром 3-4 см, которые изъязвляются с образованием безболезненных язв с рыхлым дном и подрытыми краями.

Герпес гениталий обычно представлен группой болезненных мелких эрозий на гиперемизированном фоне, образовавшихся на месте первоначально возникших пузырьковых высыпаний.

Шанкroiд и донованоз в России встречаются крайне редко. Наиболее вероятно заболевание сифилисом. Если же в анамнезе есть указание на половой контакт с иностранцами, то имеет смысл провести лечение по поводу первых трех указанных инфекций.

Блок-схема при синдроме «Генитальные язвы»



Лечение синдрома «Генитальные язвы»	
Лечение сифилиса	
препарат	дозировка
Бензатинбензилпенициллин (экстенциллин или ретарпен)	в/м 1 раз в неделю в дозе 2,4 млн ЕД (разделить эту дозу на 2 части, ввести в обе ягодицы)
При аллергии на пенициллин	
Тетрациклин	внутри по 500 мг 4 раза в сутки в течение 15 дней
Эритромицин	500 мг внутри 4 раза в день – 15 дней
Лечение шанкроида	
Азитромицин	1,0 г внутри однократно
Ципрофлоксацин	500 мг онократно
Спектиномицин	2,0 г в/м однократно
Эритромицин	500 мг внутри 3 раза в сутки, в течение 7 дней
Лечение донованоза	
Азитромицин	1,0 г внутри 1 раз в неделю, 4 недели
Азитромицин	500 мг 1 р/сутки – 7 дней
Доксициклин	0,1 грамма 2 р/сут – 3 недели
Ципрофлоксацин	750 мг 2 р/сут – 2-3 недели
Эритромицин	500 мг 4 р/сут – 2-4 недели
<p><i>Примечание:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Если назначены таблетки внутри, то необходимо предупредить пациента, что он должен принять все таблетки, иначе излечение не наступит. • ципрофлоксацин, доксициклин и тетрациклин противопоказаны у беременных и кормящих женщин. 	

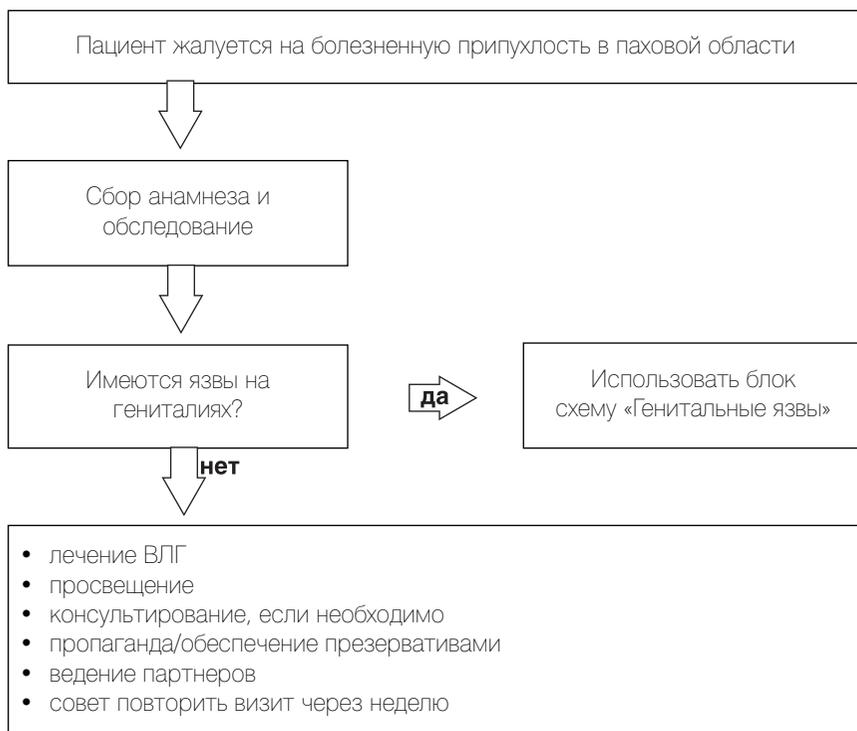
Раздел 6.5. Синдром «Паховый бубон».

Лосева О.К.

Этот синдром характеризуется увеличением и болезненностью паховых лимфатических узлов, которые нередко сливаются друг с другом. Может определяться флюктуация или свищевые ходы после вскрытия бубона. Эта патология встречается либо при шанкроиде (мягком шанкре), либо при венерической лимфогранулеме (ВЛГ).

Если у пациента мягкий шанкр, то, наряду с паховым бубоном, на гениталиях обычно обнаруживают язвы. В этом случае вести пациента следует по блок-схеме «Генитальные язвы». Если язвы на гениталиях нет, то по блок-схеме «Паховый бубон».

Блок-схема при синдроме «Паховый бубон».



Лечение ВЛГ	
препарат	дозировка
Доксициклин	100 мг внутрь 2 раза в сутки, в течение 21 дня
Эритромицин	500 мг внутрь, 4 раза в день, в течение 21 дня
<p>Если бубон флюктуирует, следует отсосать гной через прилежащую здоровую кожу. Если необходимо, следует повторить отсасывание через 2-3 дня.</p> <p><i>Примечание:</i> доксициклин противопоказан во время беременности и грудного вскармливания.</p>	

Глава 6.6. Синдром «Отечность мошонки»

Поршина О.В.

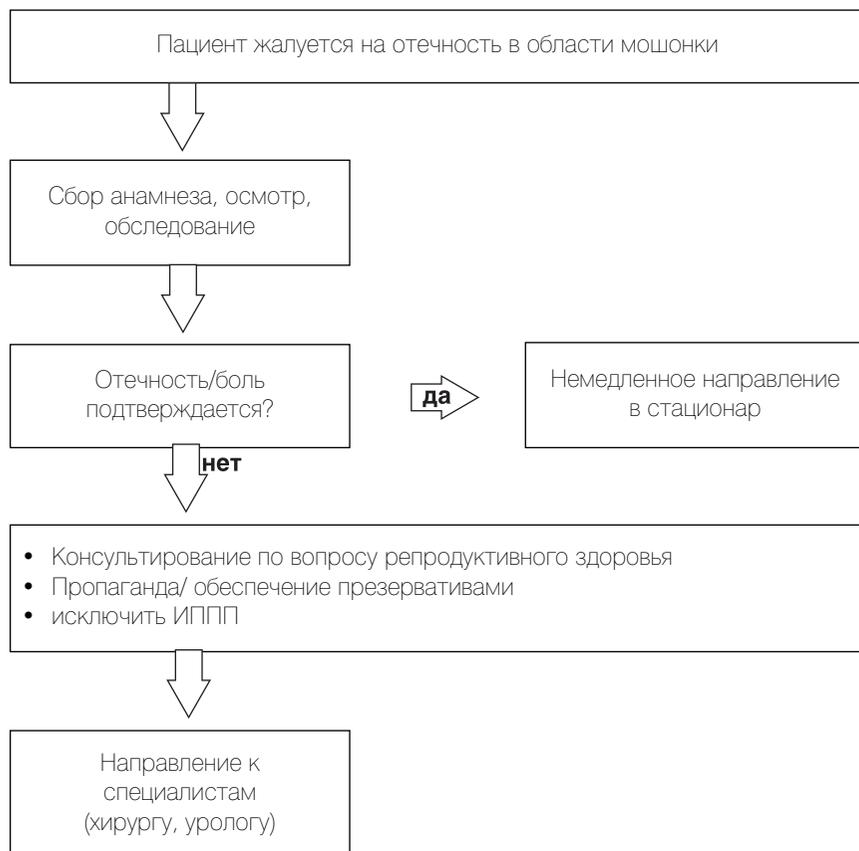
Отечность мошонки – это синдром, который может быть вызван рядом причин. Является неотложным состоянием, в случае которого показано лечение в специализированном стационаре (в зависимости от причины).

Причины:

- травма мошонки
- проявление инфекционных заболеваний (паротит)
- проявление осложнений инфекций, передающихся преимущественно половым путем (орхит, орхоэпидидимит). Наиболее часто такие осложнения вызывают гонококковая инфекция, хламидиоз, но могут вызывать трихомониаз, генитальный герпес.

Отечность мошонки, как правило, сопровождается выраженной болезненностью. Лечение отечности мошонки должно проводиться в стационарных условиях, так как может привести к необратимым последствиям в репродуктивной системе пациента. В тяжелых случаях может возникнуть некроз тканей яичка, и тогда необходимо хирургическое вмешательство.

Блок-схема при синдроме «Отечность мошонки»



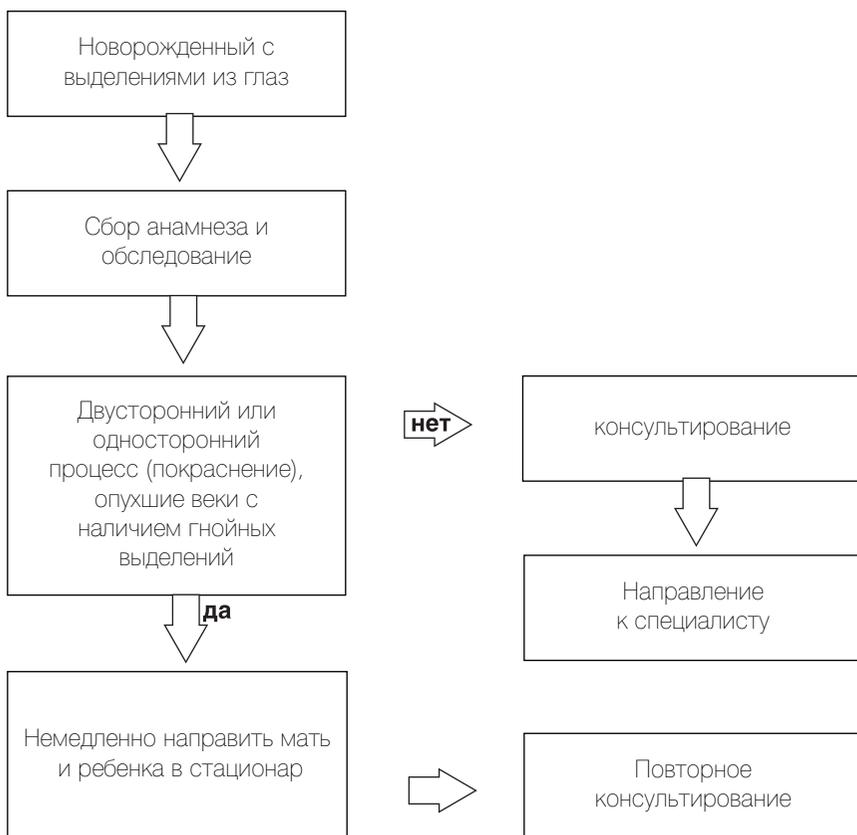
Синдромное лечение не проводится в случаях неотложных состояний

Глава 6.7. Синдром «Офтальмия новорожденных».

Лосева О.К.

Офтальмия новорожденных – это гнойный конъюнктивит у детей первого месяца жизни. Причиной чаще всего является гонококковая и хламидийная инфекция. Офтальмия новорожденных может вызвать нарушение зрения. Заболевание проявляется отечностью и покраснением век и гнойными выделениями из глаз.

*Блок-схема при синдроме «Офтальмия новорожденных».**



* У детей синдромное лечение не проводится. Исключение составляют случаи, когда другая медицинская помощь недоступна

Лечение синдрома «Офтальмия новорожденных».

Лечение гонококкового конъюнктивита у ребенка:	
препарат	дозировка
Цефтриаксон	50 мг/кг (максимальная в/м доза 125 мг) однократно
В качестве альтернативы	
Канамицин	25 мг/кг (максимальная в/м 75 мг) однократно
Спектиномицин	25 мг/кг (максимальная в/м 75 мг) однократно
<i>Примечание:</i> тетрациклин противопоказан кормящим матерям.	

Глаза новорожденного следует промыть стерильным физраствором или дистиллированной водой, используя чистый тампон для каждого глаза. Промывать глаза нужно от наружного угла к внутреннему. После промывания глаз новорожденного медицинский работник должен тщательно вымыть руки.

Контрольный осмотр проводят через 3 дня.

Если у новорожденного исчезло гнойное отделяемое из глаз, но сохраняются отечность, покраснение век и светобоязнь, то следует провести ребенку лечение по поводу хламидиоза:

Лечение по поводу хламидиоза:	
препарат	дозировка
Эритромицин	в сиропе 50 мг/кг (внутри, 4 раза в день в течение 14 дней)

Контрольный осмотр назначают через 7 дней. Матери нужно объяснить необходимость провести лечение полностью, а также рассказать о способах передачи ИППП, в том числе новорожденному, и возможных осложнениях инфекции. Нужно научить мать промывать глаза ребенку и попросить не пропускать контрольный осмотр.

Профилактика офтальмии новорожденных:

- сразу после родов каждый глаз ребенка протирают сухим чистым тампоном.
- затем в нижний конъюнктивальный мешок обоих глаз закладывают 1% тетрациклиновую мазь. Нужно проследить, чтобы мазь была заложена именно в конъюнктивальный мешок, а не осталась на веках. Для этого необходимо открыть каждый глаз ребенка.

Раздел 6.8. Ведение половых партнеров.

Лосева О.К.

Поскольку целью ведения половых партнеров является лечение возможно большего их числа, то существует два пути привлечения половых партнеров в медицинское учреждение:

- оповещение партнера пациентом;
- оповещение партнера медицинским работником.

При выборе первого пути пациенту поручают уведомить партнера о его возможном заражении и попросить обратиться за лечением. Многие больные не могут обсуждать заболевание ИППП со своими партнерами, и врач должен помочь пациенту принять правильное решение.

Пациент может:

- сообщить партнеру всю информацию об ИППП и необходимости лечения;
- сопровождать партнера в медицинское учреждение или обратиться с просьбой пойти туда, не объясняя всех подробностей;
- передать каждому половому партнеру бланк уведомления с просьбой посетить медицинское учреждение;

Если выбирается второй путь, т.е. оповещение партнера медицинским работником, то приглашает на лечение врач или патронажная медсестра.

Лечение партнеров	
Синдром у пациента	Лечение партнера
Выделения из влагалища	
Вагинит + цервицит	По поводу гонорейной и хламидийной инфекции
Вагинит	Без лечения, если выделения не рецидивируют
	По поводу гонорейной и хламидийной инфекции, если рецидивируют
Выделения из уретры	По поводу гонорейной и хламидийной инфекции
Отечность мошонки	По поводу гонорейной и хламидийной инфекции
Генитальные язвы	По поводу сифилиса и шанкроида
Паховый бубон	По поводу венерической лимфогранулемы
Офтальмия новорожденных	Лечение обоих родителей по поводу гонорейной и хламидийной инфекции

Глава 7.

Профилактика инфекций, передающихся половым путем.

Поршина О.В.

Профилактика – это меры, направленные на предотвращение болезней. Консультирование по профилактике представлено выше в разделе «консультирование». Доверенному специалисту приходится оказывать не только лечебно-диагностическую помощь, но и проводить профилактику, разъяснять технику ее выполнения. В качестве вспомогательного материала можно использовать Рекомендации по экстренной профилактике для клиенток программы (*Приложение 4*).

Конечная цель информирования пациента о мерах профилактики – это, безусловно, сохранение его здоровья и нераспространение инфекций, передаваемых половым путем, в том числе и ВИЧ. Забота о здоровье основана на постоянном применении в ежедневной практике мер личной профилактики.

Личная профилактика

1. Плановое использование барьерных методов профилактики и контрацепции (презервативов). Доверенный специалист должен особо настаивать на выполнении этого пункта, подчеркивать его важность, как основы предотвращения от инфекций и беременности.
2. Использование методов экстренной профилактики и контрацепции. Экстренная профилактика может существенно снизить риск заражения ИППП/ВИЧ, что особенно важно для тех, кто оказывает сексуальные услуги за плату.
3. Своевременное обращение к врачу за обследованием и лечением.

Экстренная профилактика ИППП

Экстренная профилактика ИППП/ВИЧ – это мероприятия, предпринимаемые в случае аварийной ситуации и/или незащищенного полового контакта

Аварийная ситуация – это разрыв презерватива во время любого полового акта.

Разрыв презерватива во время полового акта или незащищенный половой акт представляют высокую степень риска заражения ИППП/ВИЧ. После любого незащищенного полового акта или аварийной ситуации необходимо осуществить действия по снижению риска заражения, то есть применить антисептики.

Внимание: нельзя использовать антисептики систематически. Это может привести к различным осложнениям (аллергическим реакциям, дисбактериозу)

Антисептики:

- хлоргексидина биглюконат
- гексикон
- мирамистин
- цидипол
- тантум-роза

Выбор антисептика осуществляется индивидуально, с учетом анамнеза о лекарственной непереносимости. Средство для проведения экстренной профилактики лучше подобрать заранее, при проведении консультирования. Следует помнить, что в состав антисептиков - гексикон, мирамистин, цидипол - входит одно и то же вещество – хлоргексидина биглюконат.

Преимущества:

- возможность снизить риск заражения уже после полового акта;
- возможность обрабатывать не только половые органы, но и местные повреждения кожи;
- антисептики продаются без рецепта;
- их удобно носить с собой;

Недостатки:

- антисептики не защищают от беременности;

-
- обработку половых органов лучше проводить в положении лежа, что не всегда возможно;
 - применение раствора может вызвать чувство дискомфорта;
 - очень редко, но бывают аллергические реакции в виде зуда кожи или слизистой после обработки;
 - после использования надо убедиться, что флакон тщательно закрыт, чтобы раствор не вылился в сумку;
 - антисептики не эффективны, если прошло более 2 часов после полового акта.

Выбор средств для экстренной профилактики основывается на следующих принципах:

- если был незащищенный половой акт, но использовались средства предупреждения беременности (гормональные таблетки, внутриматочная спираль), то следует использовать антисептики (желательно свечи). Их можно вводить как заблаговременно (до полового акта), так и после.
- если незащищенный половой акт сознательно планируется и/или нет возможности использовать презерватив при отсутствии защиты от беременности, то лучше использовать контрацептивные кремы, гели, тампоны, так как они обладают в том числе антисептическим действием
- если было большое количество половых партнеров, или была микротравматизация во время полового акта, то лучше использовать антисептики с обезболивающим эффектом

Характеристика некоторых препаратов

Гексикон – единственное средство профилактики, которое выпускается в форме вагинальных свечей. В отличие от антимикробных растворов, свечи позволяют женщине самостоятельно провести качественную обработку влагалища, не обращая за помощью в медицинское учреждение. Применение Гексикона обеспечивает высокую концентрацию антимикробного вещества непосредственно в очаге инфекции.

Гексикон сохраняет высокую антимикробную активность в присутствии крови. Поэтому препарат можно использовать для профилактики даже во время менструального кровотечения.

Гексикон - единственный препарат, предназначенный специально для защиты женщины от инфекций, передаваемых половым путем

Недостатки:

- не защищает от беременности;
- очень редко, но может вызвать аллергическую реакцию.
- не эффективен, если прошло более 2 часов после незащищенного полового акта или аварийной ситуации.

Фарматекс - это препарат для местной вагинальной контрацепции. Он предохраняет от наступления беременности, обладает умеренным местным антисептическим действием (эффективен для защиты от вирусов и бактерий). Вводится во влагалище до полового акта.

Недостатки:

- применение после полового акта неэффективно.
- не защищает от заражения трихомонадами
- очень редко, но может вызвать аллергическую реакцию
- не рекомендовано использовать одновременно с презервативом

Тантум-роза – антисептик для вагинального применения. Эффективен в отношении большинства возбудителей ИППП, ВИЧ, неспецифической микрофлоры.

Преимущество – обладает обезболивающим действием. Показан в случае многочисленных половых актов, половых актов с микротравматизацией мягких тканей, при выраженном зуде и болезненности гениталий.

Недостатки:

- не защищает от беременности
- не эффективен для устранения опасности заражения, если прошло более двух часов.

Что делать, если был опасный секс и не удалось провести экстренную профилактику?

- принять меры аварийной или посткоитальной контрацепции, чтобы не забеременеть. Для этого принять препарат «Эскапель» 1 таблетку не позднее 2 суток после полового акта или препарат «Постинор» также не позднее 2 суток после полового акта.
- обязательно обратиться к врачу, особенно в случае риска заражения ИППП/ВИЧ

Приложения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИД СРЕДИ КОММЕРЧЕСКИХ СЕКС-РАБОТНИКОВ

АНКЕТА ДЛЯ СКРИНИНГА

Дата

день

месяц

год

Личный код

3 первые буквы
полного имени

день
рождения

3 первые буквы
полного имени
матери

№ месяца
рождения

Возраст

число полных лет

Пол

мужской

женский

Употребляет ли наркотики?

1. да

2. нет

Последний половой контакт

1. коммерческий (с целью получения денег или иных материальных благ)?

2. некоммерческий (без цели получения денег или иных материальных благ)?

Для тех, у кого последний половой контакт был некоммерческий,
установить:

последний некоммерческий половой контакт

1. добровольный

2. по принуждению

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИД СРЕДИ КОММЕРЧЕСКИХ СЕКС-РАБОТНИКОВ

Во время последнего полового контакта был ли при себе презерватив?

1. да 2. нет 3. затрудняюсь ответить

Использовался ли презерватив при последнем половом контакте?

1. да 2. нет 3. затрудняюсь ответить

Если да, то чей презерватив использовался?

1. свой 2. партнёра 3. другое

Если нет, то почему не использовался презерватив? (Варианты ответа не называть!)

1. не было проникающего контакта
2. не использовали презерватив при оральном сексе
3. не имелось в наличии
4. партнёр (клиент) не желал использовать презерватив
5. использовали другие контрацептивы
6. условия, в которых происходил контакт, не позволили использовать презерватив
7. другое (что именно?)
-

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИД СРЕДИ КОММЕРЧЕСКИХ СЕКС-РАБОТНИКОВ

Где обычно берёт презервативы?

1. покупает самостоятельно

2. получает от сутенёра

3. получает от аутрич-работника или в медицинском учреждении

4. использует презерватив партнёра

5. другое (что именно?)

Сколько в среднем клиентов имеет? Укажите частоту.

1. в день

2. в неделю

3. в месяц

Сколько презервативов понадобилось бы в месяц, если бы использовали их при каждом половом контакте (как коммерческом, так и некоммерческом)?

Сколько презервативов хотели бы получать от аутрич-работников проекта?

в месяц

за один раз

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

КАРТА ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Дата обращения

 . .

Идентификация

Личный код

Дата рождения

 . .

Анамнез. Жалобы

Прошлые системные заболевания

Инфекционные

КАРТА ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Аллергические реакции в анамнезе

1. нет

2. да, на пенициллин

3. другая (какая?) _____

Переливание крови в анамнезе

1. да (сколько раз?)

Дата последнего переливания

2. нет

Татуировки?

1. есть

2. нет

Пирсинг?

1. есть

2. нет

Тест ВИЧ

1. да дата . . результат

2. нет

КАРТА ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Гинекологический анамнез

Менструация с лет, по дней, цикл дн.

Дата последней менструации . .

Беременностей Родов

Выкидышей Мед.абортов

дата последнего аборта . .

Венерические заболевания в анамнезе _____

Сексуальная жизнь.

Возраст начала половой жизни полных лет.

Брачное состояние в настоящее время

1. официальный брак
2. сожительство, не зарегистрированный брак
3. брачный партнёр отсутствует

КАРТА ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Постоянный сексуальный партнёр

1. есть

2. нет

Занятие коммерческим сексом

в течение последних 12 мес.

1. да

2. нет

с какого возраста

Число сексуальных партнёров

в течение последних 12 мес.

в течение 30 дней

в течение 7 дней

Последний половой контакт

дата

1. коммерческий

2. некоммерческий

Наличие ИППП в течение 12 месяцев

1. да (какие?) _____

2. нет

3. неизвестно

Полученное лечение от ИППП

КАРТА ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Сексуальная практика

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. вагинальный секс | <input type="checkbox"/> | 4. садомазохистский секс |
| <input type="checkbox"/> | 2. оральный секс | <input type="checkbox"/> | 5. групповой секс |
| <input type="checkbox"/> | 3. анальный секс | | |

Используемые методы и средства контрацепции

Использование дезинфицирующих растворов

1. да (какие?) _____
- _____
2. нет

Использование презервативов

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. всегда | <input type="checkbox"/> | 2. в большинстве случаев |
| <input type="checkbox"/> | 3. примерно в половине случаев | | |
| <input type="checkbox"/> | 4. в меньшинстве случаев | <input type="checkbox"/> | 5. никогда |

Доля вагинальных, анальных половых актов,
в которых используется презерватив

 %

КАРТА ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Использование смазок

1. всегда 2. в большинстве случаев
3. примерно в половине случаев
4. в меньшинстве случаев 5. никогда

Гинекологический осмотр

Наружные половые органы

1. изменены 2. не изменены
- Область ануса 1. изменена 2. не изменена
- Губки уретры 1. воспалены 2. не воспалены
- Шейка 1. чистая 2. гной
3. эрозия 4. другое (что именно?)
-
-
-

- Матка 1. увеличена 2. не увеличена
- Выделения 1. есть 2. нет
- Лимфоузлы 1. не увеличены 2. увеличены

КАРТА ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Взятие материалов на анализ

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Сифилис | <input type="checkbox"/> 2. Гепатит В | <input type="checkbox"/> 3. Гепатит С |
| <input type="checkbox"/> 4. ВИЧ | <input type="checkbox"/> 5. Гонорея | <input type="checkbox"/> 6. Трихомониаз |
| <input type="checkbox"/> 7. Кандидоз | <input type="checkbox"/> 8. Бактериальный вагиноз | |
| <input type="checkbox"/> 9. Хламидиоз | <input type="checkbox"/> 10. Беременность | |

Синдромное лечение (препараты, дозировка)

Данные клинического исследования

Данные лабораторного исследования

КАРТА ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Направление на ИФА-диагностику

1. да

2. нет

Диагноз предварительный _____

окончательный _____

Лечение (препараты, дозировка, схема лечения)

Дата повторного осмотра

Дата подтверждающей
диагностики

КАРТА ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Заключение

Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур,

переносимость) _____

Эпикриз (включая это обследование) _____

Итог лечения

1. ухудшение

2. без перемен

3. улучшение

4. значительное улучшение

Рекомендации для дальнейшего лечения

Врач _____

Имя, отчество, фамилия

подпись

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

Рекомендации по экстренной профилактике для клиенток программы

Как защитить себя от опасности?

Существует много причин, по которым ты оказываешь сексуальные услуги за деньги. В любом случае – это твоя деятельность. Коммерческая секс-работа не является официальной. Оказание сексуальных услуг связано с большой опасностью для твоего здоровья и жизни. Опасность представляют в том числе болезни – инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Не обязательно длительное время заниматься секс-бизнесом. Для заражения может быть достаточно и одного «выхода». Ты можешь заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем, в результате однократного незащищенного полового акта.

Самым надежным способом защиты от болезней остается презерватив.

К сожалению, пока еще не все клиенты соглашаются использовать презервативы. Существует много способов убедить их предохраняться или избегать занятий проникающим сексом. Но иногда бывают ситуации, когда нет возможности избежать незащищенного секса или возникают аварийные ситуации – неправильное использование или разрыв презерватива. В этом случае необходимо предпринять действия по защите от ИППП.

Мы предлагаем возможную последовательность твоих действий при возникновении такой ситуации.

Незащищенный секс - это:

- вагинальный половой акт без презерватива (мужского или женского)
- оральный половой акт без презерватива
- анальный половой акт без презерватива

Аварийная ситуация - это разрыв презерватива во время любого полового акта.

Разрыв презерватива может произойти по разным причинам. Самая частая – низкое качество. Поэтому желательно использовать презервативы известных фирм-производителей.

Другой причиной может быть неправильное использование презерватива.

Существуют определенные правила использования презерватива:

- надевать на половой член только в состоянии полной эрекции
- не должно оставаться воздуха в спермоприемнике, чтобы презерватив не порвался во время эякуляции
- презерватив должен быть надет по всей длине пениса
- после выделения спермы половой член теряет упругость, поэтому презерватив может соскользнуть. Вынимая член, презерватив надо придерживать.

Не желательно использовать презерватив совместно с жиросодержащей смазкой – кремом или вазелином, так как это существенно снижает защитные свойства презерватива, приводит к его разрыву или соскальзыванию.

Что делать, если такая ситуация все-таки возникла?

Существует экстренная посткоитальная (то есть после полового акта) профилактика ИППП. Она включает в себя действия, направленные на наибольшее снижение риска заражения. Для этого используются антисептики.

Антисептики – это вещества, убивающие возбудителей ИППП сразу после их попадания в организм. Использовать их надо сразу же после полового акта.

Антисептики бывают в виде растворов и свечей. Антисептики действуют на большинство возбудителей ИППП.

Растворы антисептиков: хлоргексидина биглюконат, мирамистин, цидипол, тантум-роза. Выпускаются во флаконах с насадками.

Способ применения:

- Сразу после полового акта с помощью насадки оросить мочеиспускательный канал 2-3 мл (1 нажатие на флакон) антисептика.
- Ввести насадку во влагалище, нажать на флакон 2-3 раза. Задержать содержимое на 2-3 минуты.
- Обработать раствором кожу внутренних поверхностей бедер, лобка, половых органов. После процедуры не рекомендуется мочиться в течение 2 часов.
- При возникновении потертости, трещины или царапины промыть местно или обработать тампоном, смоченным в растворе.

Преимущества:

- возможность снизить риск заражения уже после полового акта
- возможность обрабатывать не только половые органы, но и местные повреждения кожи.
- продаются без рецепта
- удобно носить с собой

Недостатки:

- не защищают от беременности
- обработку половых органов лучше проводить в положении лежа, что не всегда возможно
- применение раствора может вызвать чувство дискомфорта
- очень редко, но бывают аллергические реакции в виде зуда кожи или слизистой после обработки
- после использования надо убедиться, что флакон тщательно закрыт, чтобы раствор не вылился в сумку.
- не эффективны, если прошло более 2 часов после полового акта

Антисептик может быть в виде свечи для вагинального применения. Такие свечи называются «Гексикон». Они содержат в себе то же самое вещество, что и растворы - хлоргексидина биглюконат, и служат для экстренной профилактики ИППП.

Способ применения:

Не позднее 2 часов после полового акта (лучше всего сразу же) введи во влагалище вагинальную свечу «Гексикон». Для этого надо присесть на корточки и указательным или средним пальцем руки ввести свечу по заднему своду влагалища. Вводить надо на всю длину пальца. Используйте напалечник для введения свечи. Он есть в упаковке.

После введения свеча постепенно полностью растворится (примерно в течение 15-20 минут). Свеча сделана на водорастворимой основе, поэтому не должно быть жирных выделений. Для экстренной профилактики достаточно применения одной свечи 1 раз после 1 полового акта. После введения свечи нет необходимости лежать.

Преимущества:

- возможность защитить себя уже после полового акта
- препарат эффективен в отношении большинства возбудителей ИППП
- профилактика проводится без участия медицинского персонала и не требует особых условий
- препарат хорошо переносится, не подавляет нормальную микрофлору организма
- продается без рецепта
- удобно носить с собой

Недостатки:

- не защищает от беременности
- очень редко, но может вызвать аллергическую реакцию в виде зуда во влагалище сразу после введения
- не эффективен, если прошло более 2 часов после незащищенного полового акта или аварийной ситуации.

Очень важно:

Применение антисептиков не заменяет использования презерватива.

Использование антисептиков – это способ экстренной профилактики. К нему не стоит прибегать часто, так как антисептики только снижают риск заражения, но не спасают от него. При систематическом применении возможно появление аллергических реакций.

Если у тебя много сексуальных партнеров, и ты занимаешься небезопасным сексом, тебе необходимо регулярно проходить осмотр у врача.

Многие ИППП часто протекают без каких-либо внешних признаков. Клиент может быть уверен в своем здоровье. Никогда не ориентируйся на внешний вид клиента. Он может не знать о своей болезни, но заразит тебя во время незащищенного секса.

Если был небезопасный секс, то клиент может обвинить тебя в своей болезни. Это может быть причиной серьезных неприятностей для тебя.

В результате небезопасного секса может наступить незапланированная беременность.

Что делать, если был опасный секс и не удалось провести экстренную профилактику?

- Принять меры аварийной или посткоитальной контрацепции, чтобы не забеременеть. Это можно сделать в первые двое суток после полового акта. Не позже!
- Обязательно обратиться к врачу. Не надо стесняться говорить о том, что был незащищенный секс. Существуют способы предотвращения болезней при помощи лекарств, но назначать их может только врач.
- Принимать антибиотики до полового акта бесполезно.
- Принимать лекарства по совету подруг или аптекарей бесполезно, даже опасно, так как побочные действия могут угрожать здоровью и жизни.
- В случае заражения ИППП как можно быстрее обязательно обратись к врачу дерматовенерологу или гинекологу.

Список литературы:

1. Аковбян В.А., Прохоренков В.И., Новиков А.И., Гузей Т.Н., Мисенко Д.Н., Сифилис, Иллюстрированное руководство, под редакцией профессора Прохоренкова В.И., М., 2002, с.300
2. Антоньев А.А., Романенко Г.Ф., Мыскин В.С., Проституция и заболевания, передающиеся половым путем, Вестник дерматологии и венерологии, 1997, 6, 20-2
3. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Клинические и поведенческие особенности больных сифилисом с различным количеством половых партнеров. ИППП 2001;2:26-31
4. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., Гурвич И.Н. Анализ поведения подростков при опасениях заражения инфекциями, передающимися половым путем. ИППП 2001;1:26-30
5. Бобрин А.В., Контроль инфекций передаваемых половым путем в новых эпидемиологических условиях, ИППП, 3, 2124
6. Бондаревский Я.И., О проституции и инфекциях, передаваемых половым путем, Вестник дерматологии и венерологии, 1999, 1,14-5
7. Брико Н.И., Иваненко И.П., Громыко А.И., Тихонова Л.И., Современная ситуация по болезням, передаваемым половым путем, в России и тенденции ее развития, Эпидемиология и инфекционные болезни. 1999, 1, 4-6
8. Бузина Т.С. Феномен «поиска ощущений» и проблема профилактики СПИД в наркологии. Вопросы наркологии 1994;2:84-88
9. Бульчев И.И., Головинов Э.Д., Тумаркин М.Б., Проституция и ее корни, Вестник дерматологии и венерологии, 1999, 2,11
10. Гребенников В.А., Жаров Л.В., Ометов В.К., О легализации публичных домов, Вестник дерматологии и венерологии, 1999,2, 14-5
11. Громыко А.И., Эпидемия заболеваний передаваемых половым путем, в странах Восточной Европы, Заболевания, передаваемые половым путем, 1996, 6, 22-25
12. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб:СПбГУ 1999;1023
13. Гусаков Н.И., О проституции и проблемах венерологии, Вестник дерматологии и венерологии, 1999, 2,11
14. Епифановский А.И., Сидорович С.Ю., Бармина Г.В. и др., Диагностическое значение маркеров хламидийной инфекции при осложненной, неосложненной и бессимптомной формах уrogenитального хламидиоза, ИППП, 2003,3 18-23
15. Карапетян А.Ф. Женщины, занимающиеся проституцией: медико-социальная характеристика по ИППП. Рус. Журн. ВИЧ/СПИД и родственные проблемы 1999;3:1:122-123.
16. Кубанова А.А., Лосева О.К. Основы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем в группах повышенного поведенческого риска. Вестник дерматологии 200;5:4-6
17. Кулагин В.И., Усовецкий И.А., Собчик Л.Н. и др. Метод стандартизированного многофакторного исследования личности в диагностике нервно-психических нарушений у больных заразными формами сифилиса в условиях специализированного стационара. Российский журнал Кожно-венерических болезней 1998;2:62-63.
18. Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Сырнева Т.А. и др. О совершенствовании форм борьбы с сифилисом. Научно- практическая конференция дерматологов и венерологов Амурской области со Всероссийским участием «Актуальные вопросы дерматологии и венерологии», 10-я. Материалы. Благовещенск 1998;100-101
19. Левин М.М., Евстафьев В.В., Некоторые проблемы проституции и инфекции, передаваемых половым путем, Вестник дерматологии и венерологии, 1999,2,11
20. Лосева О.К. Половое поведение больных сифилисом, состоящих в браке. Вестник дерматологии 1984;6:38-43.

-
21. Лосева О.К., Ибрагимов Р.А. Сексуальное насилие как фактор распространения заболеваний, передаваемых половым путем. ЗППП 1996;4:29-32
 22. Лосева О.К., Нашхоев М.Р., О легализации проституции и мерах по снижению уровня заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем. Среди работников коммерческого секса, Вестник дерматологии и венерологии, 199,2,12-4
 23. Лузан Н.В., Шишицын В.В. Заболевания, передаваемые половым путем, как фактор ухудшения репродуктивного здоровья юношей-подростков. Журнал «Дерматовенерология и косметология 1999;1:66-69
 24. Нашхоев М.Р. Социально-психологические и поведенческие характеристики секс-работниц и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, в этой среде. Автореф. дис. канд. мед. наук Москва 2002
 25. Официальный бюллетень. Женева 2006 г.
 26. Прохоренкова В.И., Ю.Н.Павлова, Т.Н. Гүзей, Е.А.Татьянина, Формы работы по профилактике ВИЧ/ИППП в группах повышенного поведенческого риска: трехлетний опыт. Клиническая дерматология и венерология, 2004, 2,14-17
 27. Прохоренков В.И., Гүзей Т.Н., Павлова Ю.Н., Татьяна Е.А., Коммерческий секс: социальные и медицинские проблемы, ИППП, 2001, 4, 24-8
 28. Рентон А., А.А. Кубанова, В.А. Аковбян, Л.И.Тихонова, Е.Н.Филатова, Общественное здравоохранение и контроль за распространением инфекций, передаваемых половым путем, Инфекции, передаваемые половым путем, 2000,5, 30-34
 29. Тихонова Л.И., Дерматовенерологическая служба России: проблемы, поиски, решения, ИППП, 2001, 3,28-31
 30. Шакуров И.Г., Е.Н.Филатова, А.А.Быков, Ю.С.Певзнер, А.Рентон, Ф.Хатчинсон, Л.И.Тихонова, М.В.Туз, Мероприятия по профилактике ИППП/ВИЧ-инфекции в г.Самаре и Самарской области, Инфекции, передаваемые половым путем, 2000, 5,50-56
 31. Шакуров И.Г., Туз М.В.Современные подходы в первичной профилактике заболеваний, передаваемых половым путем у подростков в Самарской обл. Самара 1999;43-45.
 32. Яцуха М.В., Васильева Л.А. Социально-психологическая и морально-этическая характеристика больных венерическими заболеваниями и здоровых лиц одной из групп риска. Вестн. дерматол. 1988;5:43-46
 33. Alger L, Lovchik J. Comparative efficacy of clindamycin versus erythromycin in eradication of antenatal Chlamydia trachomatis. Am. J. Obstet. Gynecol. 1991;165:375-381
 34. Black C.M. Current methods in laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infections. Clin. Microbiol. Rev. 1997;160-184
 35. Blomer R, Bruch K, Klose U. Ofloxacin in the treatment of gonococcal and chlamydial urethritis. Clin. Ther. 1998;10:263-265.
 36. Bolsego J.W., Hicks C.B. et al . A prospective randomized trial of ofloxacin vs. Doxycycline in the treatment of uncomplicated male urethritis . Sex. Transm. Dis. 1988; 186-191.
 37. Centers for disease control and prevention 1993. Recommendations for the prevention and management of Chlamydia trachomatis infection.
 38. Clad A, Naudascher I, Flecken U. et al Evidence of labile inhibitors in the detection of Chlamydia trachomatis in cervical specimens by polymerase chain reaction. Eur. J. Clin. Microbil. Infect. Dis. 1996;15:744
 39. Corrado M.L. The clinical experience with ofloxacin in the treatment of sexually transmitted diseases. Am. J. Obstet. Gynecol. 1991;164:5Pt 2:1396-1399
 40. Dessus-Babus S., Bebear C.M., Charron A. et al . Sequencing of Gyrase and Topoisomerase IV Quinolone-Resistance-Determining of Chlamydia trachomatis and Characterization of Quinolone-Resistance Mutants Obtained In Vitro. Agents Chemother 1998;42:2474-2481.
 41. Dreses-Werringloer U., Padubrin I, Jurgens-Saathoff B. et al. Persistence of Chlamydia trachomatis Is
-

-
- Included by Ciprofloxacin and Ofloxacin In Vitro. *Antimicrob. Agents Chemother.* 200;44:3288-3297
42. Hobson D, Arya O, Rao P et al. Evaluation of seven day course of oxytetracycline in women with chlamydial cervicitis. *Eur. J. Clin. Microbiol.* 1986;5:591-595.
 43. Hooton T.M., Rogers M.E., Medina T.G. et al. Ciprofloxacin compared with doxycycline for nongonococcal urethritis. *JAMA* 1990;264:1418-1421.
 44. Jones R. B., Van der Pol B., Katz B. In : programs and abstracts of the International Society for STD Research. Canada 1991:Abstr. P-06-055
 45. Jones R.B., Van der Pol B., Martin D.H. et al. *J. Infect. Dis.* 1990 ;162 :1309-1315
 46. Katz B., Ciane V., Batteiger B. et al. A randomized trail to compare 7- and 21-day tetracycline regimens in prevention of recurrence of infection with *Chlamydia trachomatis*. *Sex. Transm. Dis.* 1990;18:36-40
 47. Kawada Y., Lee J.M., Saito I. et al. Ofloxacin treatment of nongonococcal urethritis. A multi-center study in Asia. *Arzneimittelforschung* 1990;40:2. Pt 1:190-192
 48. Lefevre J.C., Lepardneur J.P. Comparative in vitro susceptibility of a tetracycline-resistant *Chlamydia trachomatis* strain isolated Toulouse (France). *Sex. Transm. Dis.* 1998 ; 25: 350-352
 49. Linnemann C., Heaton C., Ritchey M. Treatment of *Chlamydia trachomatis*: comparison of 1- and 2-g doses of erythromycin daily for seven days. *Sex. Transm. Dis.* 1987;14:102-106
 50. Magart A.H., Alger L.S., Nagey D.A. et al Double-blind randomized study comparing amoxicillin and erythromycin for the treatment of *Chlamydia trachomatis* in pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1993;81:5:pt 1:745-749
 51. Mahony J., Chong S., Jang D. et al Urine specimens from pregnant and nonpregnant women inhibitory to amplification of *Chlamydia trachomatis* nucleic acid by PCR, ligase chain reaction, and transcription-mediated amplification: identification of urinary substances associated with inhibition and removal of inhibitory activity. *J. Clin. Microbiol.* 1998;36:3122.
 52. Majeroni B.A. Chlamydial cervicitis: complications and new treatment options. *Am. Fam. Physician.* 1994;49:1825-1829.
 53. Neilsen P., Christensen J., Frenzt G. A comparison of oxytetracycline and trimetoprimin the treatment *Chlamydia trachomatis* urethritis. *Infection* 1984;12:274-275
 54. Nuovo J., Melnicov J., Paliescheskey M. et al. Cost-effectiveness analysis of five different antibiotic regimens for the treatment of uncomplicated *Chlamydia trachomatis* cervicitis. *J. Am. Board Fam. Pract.* 1995;8:7-16
 55. Schachter J., Stamm W.E., Chertensky M.A. et al. Noncultural tests for genital tract chlamydial infection. What does the package insert mean, and will it mean the same thing tomorrow? *Sex. Transm. Dis.* 1992;19:243
 56. Sieper J., Fendler, Laitko S. et al. No benefit of long-term ciprofloxacin treatment in patients with reactive arthritis and undifferentiated oligoarthritis. *Arthr. Rheum.* 1999;42:1386-1396
 57. Somani J., Bhullar V.B., Workowsky K.A. et al. Multiple drug resistant *Chlamydia trachomatis* associated with clinical treatment failure. *J. Infect> Dis.* 2000;181:1421-1427.
 58. Stenberg K., Mardh P.A. Treatment of chlamydial conjunctivitis in newborns and adults with erythromycin and roxithrimycin. *J. Antimicrob. Chemother.* 1991;28:301-307
 59. Toye B., Woods W., Bobrowska M., Remotar K. Inhibition os PCR in genital and urine specimens submitted for *Chlamydia trachomatis* Testing. *J. Clin. Microbiol.* 1998;36:2356
 60. Van der Willagen A.H., Polak-Vogelzang A.A., Habbena L., Waagenvoor J.H.T. Clinical efficacy of ciprofloxacin versus dixycyclin in treatment of nongonococcal urethritis in males. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* 1988;7:658-661
 61. Verkooyen R.P., Luijendijk A., Huisman W.M., et al. Detection of PCR inhibitors in cervical specimens by using the Amplicator *Chlamydia trachomatis* assay. *J. Clin. Microbiol.* 1996;34:3072
 62. Ward H., Day S., Weber J. Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 day period. *Sex. transm. Infect.* 1999;75:5:340-343.
-

