

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

ОО «АССОЦИАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ»

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

**«Синдромный подход  
к ведению пациентов с ИППП»**

Клинический протокол  
для первичного уровня здравоохранения

**Бишкек 2014**

## **Цель создания клинического протокола**

Клинический протокол содержит рекомендации, основанные на доказательствах лучшей практики по синдромному подходу ведения пациентов с ИППП, а также для предотвращения распространенного в практике злоупотребления медикаментами.

Целью внедрения данного протокола является унификация рекомендаций по синдромному подходу по диагностике и лечению ИППП на уровне первичного звена здравоохранения в условиях ограниченных ресурсов, которое базируется на принципах доказательной медицины, отражает последние достижения мировой медицинской науки и практики. В свою очередь внедрение протокола в практику здравоохранения будет способствовать улучшению качества оказания медицинской помощи больным с ИППП, снижению временной нетрудоспособности и повышению качества жизни больных в условиях ограниченных ресурсов.

## **Целевые группы**

Врачи-дерматовенерологи, организаторы здравоохранения, научные сотрудники, преподаватели медицинских ВУЗов.

## **Дата создания:**

Данное клиническое руководство было создано в 2013 году.

## **Планируемая дата обновления:**

Проведение следующего пересмотра планируется в 2018 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих изданиях.

Любые комментарии и пожелания по содержанию Клинического протокола приветствуются.

Адрес по переписке с рабочей группой: г. Бишкек, ул. Л. Толстого, 70.

Телефоны: 59-52-11, 59-01-45

E-mail: [rcdv\\_kg@mail.ru](mailto:rcdv_kg@mail.ru), [rcdv\\_kg@bk.ru](mailto:rcdv_kg@bk.ru)

*Издано в рамках реализации Национальных программ по реформированию системы здравоохранения*

## **Состав рабочей группы по разработке клинического руководства**

### **Руководитель группы:**

Юсупова Д.М. – к.м.н., директор РЦДВ.

### **Исполнители:**

Мырзамамытова А.М. – заместитель директора РЦДВ, дерматовенеролог, врач высшей категории;  
Бышевская А.М. – заведующая АДО, дерматовенеролог, врач высшей категории;  
Салиева А.Д. – заведующая орг. метод. отделом, дерматовенеролог.

### **Медицинские консультанты внутренние:**

Балтабаев М.К. – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии КГМА, дерматовенерологии и фтизиопульмонологии КРСУ;

Усубалиев М.Б. – к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии КГМА им. И.К.Ахунбаева.

### **Медицинские рецензенты внешние:**

Руфь Чу – Врач акушер-гинеколог, международный консультант, Институт научных технологий и языков;

Камбаралиева Б. – клинический фармаколог, консультант по рациональному использованию лекарственных средств ВОЗ, CDC

Каира Каплински – семейный врач, кафедра семейной медицины, Адвокате Лютеран госпиталь в Парк Ридже, пригород Чикаго, США.

### **Методическая экспертная поддержка:**

Барыктабасова Б.К. – к.м.н., консультант по вопросам доказательной медицины МЗ КР, методолог по разработке и оценке качества клинических руководств и протоколов.

## **Декларация конфликта интересов**

Перед началом работы по созданию данного клинического протокола все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для синдромного лечения пациентов с ИППП.

В процессе апробации, рецензировании клинического протокола были получены комментарии и рекомендации, которые были учтены при его доработке. После апробирования и получения комментариев и рецензий данный клинический протокол был утвержден Экспертным советом оценки качества Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

КОМПОНЕНТЫ СИНДРОМНОГО ПОДХОДА .....	7
СИНДРОМЫ.....	7
1. СИНДРОМ «ГЕНИТАЛЬНАЯ ЯЗВА».....	8
1.1. Причины генитальной язвы:.....	8
1.1.1. Первичный сифилис (A51.0 – A51.2) .....	8
1.1.2. Мягкий шанкр (шанкроид) .....	9
1.1.3. Генитальный герпес .....	9
1.2. Блок-схема «Генитальная язва» .....	12
1.3. ЛЕЧЕНИЕ <sup>1</sup> .....	12
1.3.1. Лечение первичного сифилиса (твердого шанкра) .....	12
1.3.2. Лечение шанкроида .....	13
1.3.3. Лечение генитального герпеса .....	13
2. СИНДРОМ «ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ УРЕТРЫ».....	15
2.1. Причины: .....	15
2.1.1. Общие клинические симптомы .....	15
2.1.2. Гонококковая инфекция.....	15
2.1.3. Хламидийная инфекция .....	16
2.1.4. Урогенитальный трихомониаз .....	16
2.2. Блок-схема «Выделения из уретры».....	17
2.3. ЛЕЧЕНИЕ.....	18
2.3.1. Лечение гонококкового уретрита .....	18
2.3.2. Лечение хламидиоза.....	18
2.3.3. Лечение трихомониаза .....	18
Показания для направления к дерматовенерологу: .....	18
3. СИНДРОМ «ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА».....	19
3.1. Причины: .....	19
3.1.1. Бактериальный вагиноз.....	20
3.1.2. Урогенитальный кандидоз.....	21
3.1.3. Трихомониаз .....	22
3.1.4. Хламидиоз .....	23
3.2. Блок-схема «Выделения из влагалища».....	24
3.3. ЛЕЧЕНИЕ.....	24
3.3.1. Лечение вагинита – трихомониаза, бактериального вагиноза .....	24
3.3.2. Лечение вагинального кандидоза .....	25
3.3.3. Лечение гонококкового цервицита .....	25
3.3.4. Лечение хламидийного цервицита.....	26
4. СИНДРОМ «ПАХОВЫЙ БУБОН».....	27
4.1. Причины пахового бубона:.....	27
4.2. Блок-схема «Паховый бубон» .....	28
4.3. ЛЕЧЕНИЕ.....	28
4.3.1. Лечение венерической лимфогранулёмы – ВЛГ .....	29
4.3.2. Лечение шанкроида .....	29
5. СИНДРОМ «ОФТАЛЬМИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ» .....	30
5.1. Причины: .....	30
5.2. Блок-схема «Офтальмия новорожденных».....	31
5.3. ЛЕЧЕНИЕ.....	32
5.3.2. Лечение хламидийного конъюнктивита.....	32
5.4. Профилактика офтальмии новорожденных .....	32
6. СИНДРОМ «ОТЁЧНОСТЬ МОШОНКИ И/ИЛИ БОЛЬ» .....	33
6.1. Основными предположительными диагнозами при остром отёке мошонки являются: .....	33
6.2. Блок-схема «Отек мошонки и/или боль» .....	33
6.3. ЛЕЧЕНИЕ.....	33

6.3.1. Лечение гонококкового уретрита .....	34
6.3.2. Лечение хламидиоза.....	34
7. СИНДРОМ «ОСТРАЯ БОЛЬ ВНИЗУ ЖИВОТА».....	35
7.1. С воспалительными заболеваниями органов таза связывают ряд факторов: .....	35
7.2. Блок-схема «Острая боль внизу живота».....	37
8. ВЕДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ ПРИ ВСЕХ СИНДРОМАХ .....	39
9. ПРОСВЕЩЕНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИППП.....	39
1. Общая информация об ИППП включая исправление неверных представлений и опровержение часто встречающихся заблуждений. ....	39
2. Профилактика ИППП:.....	39
3. Лечение ИППП: .....	40
Принципы и условия эффективного консультирования.....	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: .....	42

**Синдромное лечение** – подход к лечению ИППП, направленный на борьбу с болезнетворными микроорганизмами, которые являются наиболее частыми причинами появления того или иного синдрома.

Цель синдромного подхода – идентифицировать один из синдромов и соответственно его контролировать.

### **КОМПОНЕНТЫ СИНДРОМНОГО ПОДХОДА**

- Классификация основных возбудителей по синдромам, которые они вызывают;
- Применение только при острых неосложненных процессах;
- Рекомендуются только при отсутствии методов лабораторной диагностики ИППП даже там, где есть возможность лабораторного исследования, в случае клинического подозрения на ИППП, эмпирическую терапию следует начинать, не дожидаясь результатов лабораторных анализов
- Использование блок-схем (алгоритмов) для ведения пациентов с синдромами ИППП;
- Лечение всех заболеваний, определяющих данный синдром при первичном обращении пациентов;
- Выявление и лечение всех половых партнеров по поводу того же синдрома, что и пациента;
- Консультирование и просвещение пациентов по вопросам безопасного секса и снижения риска повторного заражения.

### **СИНДРОМЫ**

- Синдром «Генитальная язва»;
- Синдром «Выделения из уретры»;
- Синдром «Выделения из влагалища»;
- Синдром «Паховый бубон»;
- Синдром «Офтальмия новорожденных»;
- Синдром «Отечность мошонки»;
- Синдром «Боль внизу живота».

Наиболее распространены три первые синдрома.

## 1. СИНДРОМ «ГЕНИТАЛЬНАЯ ЯЗВА»

Жалобы пациента на наличие эрозии или язвы в области гениталий (на головке, теле полового члена, в области венечной борозды у мужчин и на наружных половых органах и шейке матки у женщин).

### 1.1. Причины генитальной язвы:

- Первичный период сифилиса (твердый шанкр);
- Шанкرويد (мягкий шанкр);
- Генитальный герпес.

При сборе анамнеза выясняют давность появления эрозии/язвы на коже/слизистых оболочках; длительность существования кожных элементов; ранее перенесенные эпизоды; наличие кожных поражений у партнера; наличие субъективных ощущений в области эрозии/язвы: наличие боли, раздражения, жжения, зуда, дизурии; количество и размер язв, а также описание язвы; наличие везикулезных, пустулезных высыпаний, эритемы, изъязвлений, индурации, боли; увеличения региональных лимфоузлов. Частота рецидивов, время последнего рецидива заболевания, противовирусная терапия в анамнезе, применял ли антибактериальные и антисептические средства (эффект); время, прошедшее с момента полового контакта с предполагаемым источником заражения до появления шанкра; обследован ли половой партнер.

#### 1.1.1. Первичный сифилис (A51.0 – A51.2)

*Сифилис*<sup>1</sup> – инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

*Инкубационный период* начинается с внедрения через поврежденную кожу или слизистую оболочку возбудителя сифилиса и заканчивается появлением первичного аффекта. Продолжительность инкубационного периода составляет от 3 дней до 90 дней и в среднем длится 21 день до появления симптоматики.

В месте внедрения бледных трепонем развивается первичный аффект – эрозия или язва диаметром от 2-3 мм (карликовый шанкр) до 1,5-2 см и более (гигантский шанкр), округлых очертаний, с ровными краями, гладким, блестящим дном розового или красного, иногда серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы (язва), со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании первичной сифиломы – плотноэластический инфильтрат. Первичный аффект сопровождается регионарным лимфаденитом, реже лимфангитом; может быть типичным (эрозивный, язвенный) и атипичным (индуративный отек, шанкр-панариций и шанкр-амигдалит); единичным и множественным; генитальным, парагенитальным и экстрагенитальным. У женщин первичный аффект может



локализоваться во влагалище или на шейке матки, и, таким образом, быть невидимым для самой пациентки и остаться ею незамеченным.

**Сифилитические шанкры заживают спонтанно в течение трех–шести недель, даже без лечения. Учитывая, что язвы безболезненны, многие пациенты не обращаются за медицинской помощью на этой стадии, эта особенность течения повышает вероятность распространения инфекции.**

### **1.1.2. Мягкий шанкр (шанкроид)**

Возбудитель – стрептобацилла Петерсена-Дюкрея.

Инкубационный период – 4-10 дней.

Продолжительность – 1-2 месяца.

#### – Мягкий шанкр

Язва с неровными, нечеткими, округлыми очертаниями, диаметром от 2 до 4 мм, изъеденными, подрытыми краями, с резкой болезненностью, мягкая (отсутствует уплотнение в основании), рыхлая, окружена ярким воспалительным венчиком, наблюдается наличие «дочерних» мелких язвочек, находящихся на разных стадиях развития. Дно язвы покрыто серовато-желтым, гнойно-некротическим отделяемым, под которым имеются кровоточащие грануляции.

#### – Лимфаденит

В течение двух-четырёх недель развивается односторонний паховый лимфангит – утолщение и болезненность лимфатического сосуда, идущего от язвы до ближайших лимфатических узлов, вызывая развитие лимфаденита.

Односторонний, лимфоузлы резко болезненны, спаянные между собой и с окружающими тканями, прогрессируя, образуется гнойный бубон, который может спонтанно вскрываться с отделением большого количества гноя с примесью крови (см. раздел Синдром «Паховый бубон»).

*На территории Кыргызстана мягкий шанкр не регистрируется, но, учитывая миграцию населения необходимо уметь диагностировать и уметь лечить данное заболевание.*

### **1.1.3. Генитальный герпес**

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 – А60 .

#### ***Определение***

Генитальный герпес – хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передающееся преимущественно половым путем, которое вызывается вирусом простого герпеса (ВПГ) II и/или I типа. Возможна перекрестная локализация. Высыпания, вызванные ВПГ I типа наиболее часто локализируются в перiorальной области, в то время как тип 2 чаще всего

является причиной генитальной инфекции, хотя вирус 1 типа тоже может вызвать генитальную инфекцию.

### ***Классификация***

A60.0 Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта;

A60.1 Герпетическая инфекция перианальных кожных покровов и прямой кишки.

### ***Пути инфицирования***

#### У мужчин и женщин:

- половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным герпетической инфекцией как при наличии клинической симптоматики герпетической инфекции у партнера, являющегося источником заболевания, так и при ее отсутствии, но в период выделения вируса).

### ***Клиническая картина***

#### *Субъективные симптомы:*

- болезненные высыпания в области половых органов и/или перианальной области;
- зуд/боль, парестезии в области поражения;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- при локализации высыпаний в области уретры – зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- при вагинальной локализации высыпаний – слизисто-гнойные вагинальные выделения;
- общие симптомы интоксикации (повышение температуры тела, головная боль, тошнота, недомогание, миалгия, нарушение сна);
- тяжесть и продолжительность клинических проявлений при рецидивах генитального герпеса менее выражены, чем при первичной форме. Рецидивы при инфицировании ВПГ II типа возникают раньше и чаще, чем при ВПГ I типа.

#### *Объективные симптомы:*

##### *Манифестная форма генитального герпеса:*

- гиперемия и отечность кожных покровов и слизистых оболочек области поражения: у мужчин – полового члена, мошонки, лобка, промежности; у женщин – вульвы, клитора, влагалища, шейки матки, лобка, промежности;
- единичные или множественные везикулезные элементы полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым, нередко билатеральные, на гиперемизированном основании, локализующиеся в области поражения;
- после вскрытия везикулезных элементов образуются поверхностные, покрытые сероватым налетом эрозии размером 2-4 мм соответственно

числу бывших пузырьков или сплошная эрозия с гладким дном и неподрытыми краями, окруженными ярко-красным ободком. При присоединении вторичной инфекции отмечается появление гнойного экссудата;

- увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

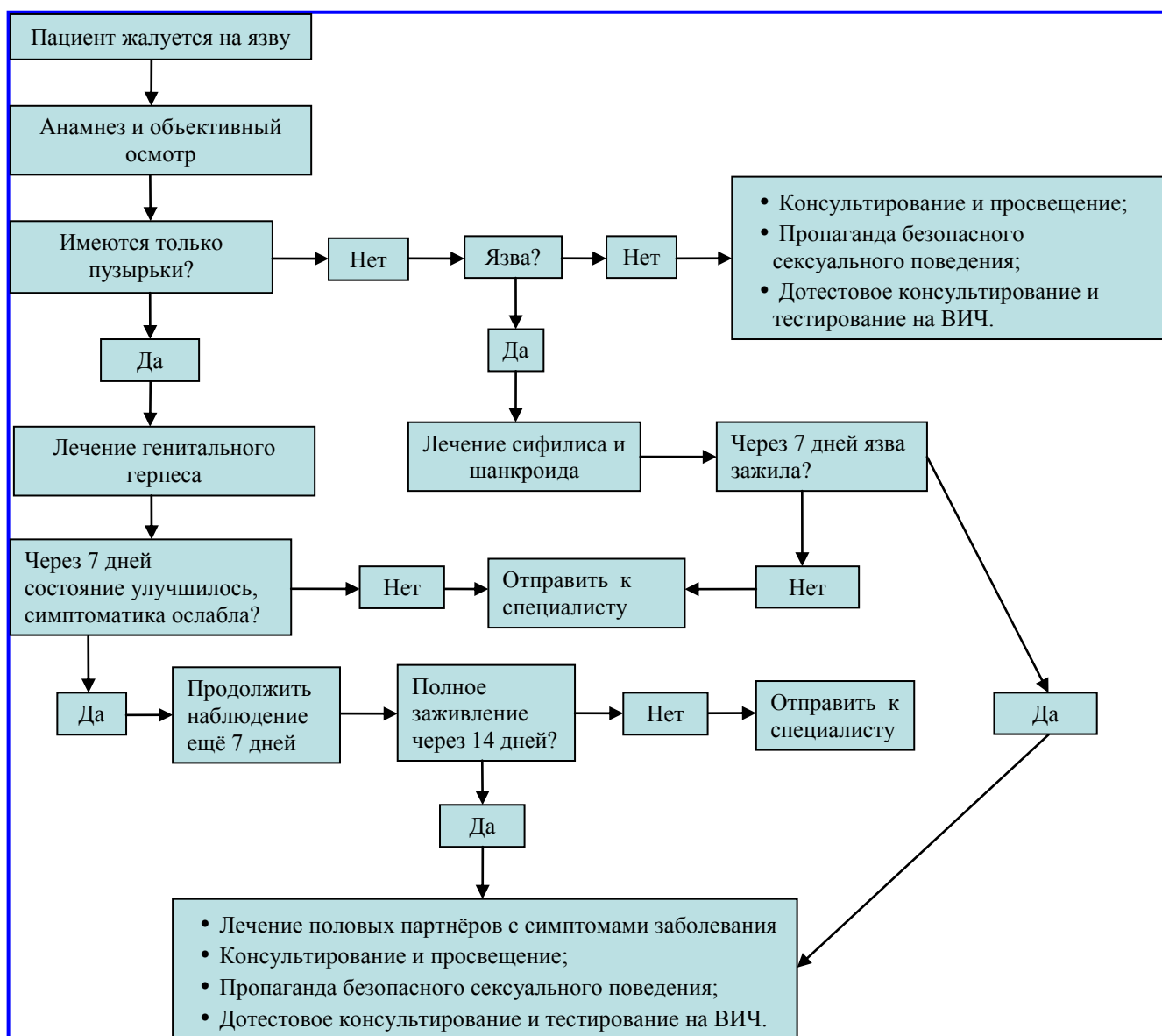
*Атипичные формы генитального герпеса:*

- гиперемия и отечность области поражения при отсутствии патологических высыпаний;
- рецидивирующие трещины слизистой оболочки наружных половых органов, которые самостоятельно эпителизируются в течение 4-5 дней;
- геморрагическая форма: единичные или множественные везикулезные элементы с геморрагическим содержимым;
- abortивная форма: очаг поражения проявляется в виде зудящего пятна или папулы, разрешающихся за 1-3 дня; везикулезные элементы отсутствуют;
- субклиническая форма: кратковременное появление на слизистой оболочке наружных половых органов поверхностных трещинок, сопровождающихся незначительным зудом.

**Наличие ВПГ или любой генитальной язвы повышает риск трансмиссии ВИЧ у любого человека, подвергающегося риску**

При наличии язвы в области гениталий необходимо использовать блок-схему «Генитальная язва».

## 1.2. Блок-схема «Генитальная язва»



## 1.3. ЛЕЧЕНИЕ<sup>1</sup>

### 1.3.1. Лечение первичного сифилиса (твердого шанкра)

- Бензатин-пенициллин 2,4 млн. ЕД в/м однократно, по 1,2 млн. ЕД в каждую ягодицу, используя две одноразовые иглы (II;A)
- или
- Прокаин-пенициллин 1,2 млн. ЕД в/м в течение 10 дней (III;B).

*Для пациентов с аллергией к пенициллину назначают:*

- Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день в течение 14 дней (III;B)
- или
- Цефтриаксон 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней (III;B)
- или
- Азитромицин 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней (II;B)

или

- Эритромицин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 14 дней (III;B).

или

- Амоксициллин 500 мг перорально 1 раз в сутки + пробенецид 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14 дней (III;B)

***Специфическое лечение беременных проводится по общепринятым схемам в зависимости от установленного диагноза. Противопоказано назначение доксициклина.***

### ***1.3.2. Лечение шанкроида***

- Ципрофлоксацин 500 мг перорально 2 раза в день в течение 3 дней

или

- Эритромицин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней

или

- Азитромицин 1,0 г перорально, однократно.

*Альтернативные средства:*

- Цефтриаксон 250 мг однократно в/м.

*Если лечение проводится по поводу сифилиса или мягкого шанкра, тогда нужно пролечить всех половых партнеров за последние 3 месяца. Если лечение только по поводу ВПГ, тогда лечить партнеров, у которых нет симптомов, не рекомендуется, это не даст результатов.*

### ***1.3.3. Лечение генитального герпеса***

***Лечение первичного клинического эпизода генитального герпеса:***

- Ацикловир 200 мг перорально 5 раз в день в течение 7 дней

или

- Ацикловир 400 мг перорально 3 раза в день в течение 7 дней

или

- Валацикловир 500 мг 2 раза в день в течение 5-10 дней

или

- Фамцикловир 250 мг перорально 3 раза в день в течение 5-10 дней.

Если пациент получает лечение по поводу герпеса, обязательно проконсультируйте его по поводу особенностей течения этого заболевания, вероятности рецидива и способов минимизации риска передачи инфекции.

***Лечение рецидива генитального герпеса:***

Лечение эпизода герпетической инфекции обеспечивает только укорочение периода активной симптоматики и НЕ ассоциируется с полным излечением или снижением частоты обострений, или с удлинением интервалов между обострениями. Для того чтобы лечение было эффективным, его следует начать в течение суток после начала высыпаний.

Рецидив генитального герпеса лечится так же, как указано выше, но курс продолжается только 5 дней. Альтернативно – однодневный терапевтический курс

- Валацикловир 1,0 г 2 раза в день в течение 1 дня  
или
- Фамцикловир 125 мг перорально 2 раза в день в течение 1 дня.

### ***Профилактика инфицирования генитальным герпесом здорового партнера***

- Валацикловир 500 мг 1 раз в день в течение 12 месяцев при регулярных половых контактах.

### ***Особые ситуации Лечение беременных***

Беременным с высокой частотой рецидивов (более 6 раз в год) и тем, у кого в I или во II триместре возник первичный клинический эпизод, рекомендован прием ацикловира 400 мг внутрь 3 раза в сутки начиная с гестационного срока 36 недель и до родов. Такая техника снижает риск возникновения рецидива заболевания и, таким образом, риск неонатального инфицирования в родах.

Кесарево сечение в качестве профилактики неонатального герпеса необходимо планировать всем беременным, у которых первичный эпизод возник после 34-й недели беременности, т.к. в этом случае существует значительный риск вирусывыделения во время родов, или тем, у кого отмечается рецидивирующая продромальная симптоматика, или имеются свежие высыпания на момент начала родовой деятельности или на момент предполагаемого срока родов.

### ***Показания для направления к дерматовенерологу:***

- беременные женщины (так как одноразовая терапевтическая доза противосифилитического препарата может оказаться недостаточной);
- отсутствие эффекта лечения в течение 7 дней (отсутствие эпителизации язвы);
- в случае получения противогерпетической терапии, не наступление полного заживления через 14 дней.

## 2. СИНДРОМ «ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ УРЕТРЫ»

При жалобах пациента на выделения из уретры или частое, болезненное мочеиспускание пациента следует объективно обследовать. При отсутствии выделений при внешнем осмотре необходимо провести осторожный массаж уретры, начиная от основания полового члена в направлении к наружному отверстию мочеиспускательного канала. Если возможно, мужчине необходимо рекомендовать воздержаться от мочеиспускания хотя бы за 2 часа до проведения осмотра.

### 2.1. Причины:

- Гонококковая инфекция;
- Хламидийная инфекция;
- Урогенитальный трихомониаз.

Все три патогена могут вызывать подобную или совпадающую симптоматику. Часто встречаются сочетанные инфекции. Не следует откладывать лечение до получения лабораторного подтверждения диагноза

#### 2.1.1. Общие клинические симптомы

*Субъективные симптомы:*

- гнойные выделения из уретры;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- зуд/жжение в области уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

*Объективные симптомы:*

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- слизисто-гнойные или гнойные выделения из уретры.

#### 2.1.2. Гонококковая инфекция

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 – A54.

A54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных желез и придаточных желез (включает: уретрит, цистит, вульвовагинит, цервицит).

#### *Определение*

*Гонококковая инфекция* – инфекционное заболевание человека, вызываемое гонококками (*Neisseria gonorrhoeae*) – Грам-отрицательными диплококками, представляющими собой бобовидной формы, неподвижные, не образующие спор гноеродные бактерии.

Инкубационный период от 2 до 5 дней.

### ***Пути инфицирования***

#### У мужчин:

половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонококковой инфекцией).

### ***Клиническая картина***

#### Мужчины

##### *Субъективные симптомы:*

- гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры;

##### *Объективные симптомы:*

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;

### **2.1.3. Хламидийная инфекция**

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 – A56, A74.0.

### ***Определение***

*Хламидийная инфекция* – инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*.

Инкубационный период от 10 до 14 дней.

### ***Пути инфицирования***

#### У мужчин:

половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным хламидийной инфекцией).

### ***Клиническая картина***

#### Мужчины

##### *Субъективные симптомы:*

- слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;

##### *Объективные симптомы:*

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;

### **2.1.4. Урогенитальный трихомоноз**

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 – A59.

### ***Определение***

Урогенитальный трихомоноз – инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является простейший одноклеточный паразит – *Trichomonas vaginalis*.

### ***Эпидемиология***

Урогенитальный трихомоноз является одной из наиболее



распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В структуре всех ИППП трихомониаз занимает одно из первых мест.

### ***Пути инфицирования***

У мужчин:  
половой контакт.

### ***Клиническая картина***

#### Мужчины

У 45-50% мужчин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:

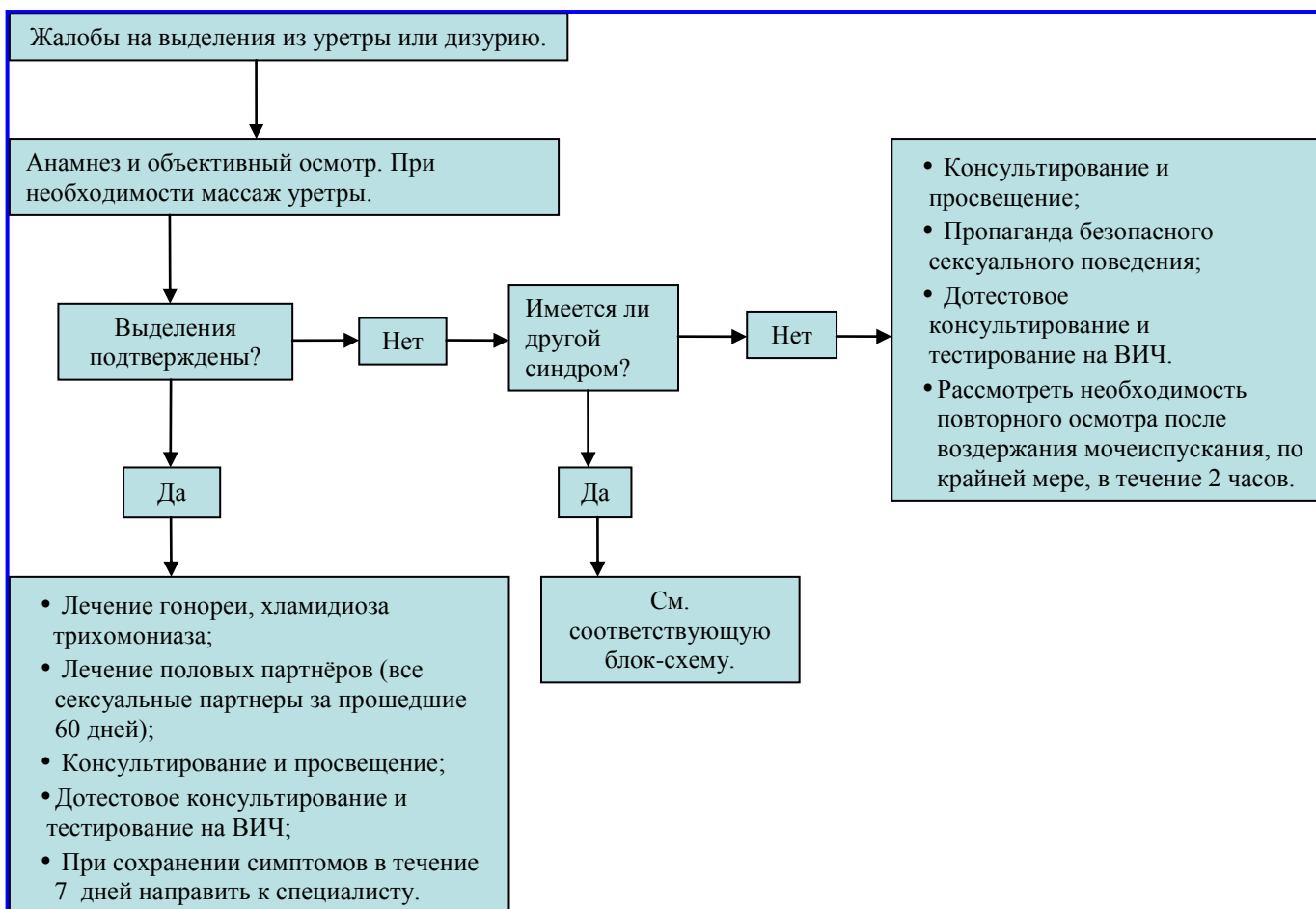
- слизистые выделения из уретры, скудные или умеренные уретральные выделения;

*Объективные симптомы*:

- гиперемия и отечность в области наружного отверстия уретры;
- эрозивно-язвенные поражения кожи головки полового члена.

При наличии выделений из уретры необходимо использовать блок-схему «Выделения из уретры».

### **2.2. Блок-схема «Выделения из уретры»**



**При подтверждении наличия выделений из уретры необходимо назначить лечение по поводу гонореи, хламидиоза и трихомониаза.**

### ***Цели лечения:***

- эрадикация патогена;
- исчезновение клинических симптомов заболевания;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

## **2.3. ЛЕЧЕНИЕ**

Учитывая, что это синдромное лечение, без проведения лабораторной диагностики и без ожидания результатов лабораторных анализов, ПЛЮС учитывая, что часто встречаются сочетанные ИППП, лечение должно быть комплексным и покрывать одновременно все 3 патогена.

### ***2.3.1. Лечение гонококкового уретрита***

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно (II;A)
- или
- Спектиномицин 2,0 г в/м однократно (II;A).

*Альтернативные средства:*

- Цефиксим 400 мг однократно, перорально (II;A).

### ***2.3.2. Лечение хламидиоза***

- Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней (II;A)
- или
- Азитромицин 1,0 г перорально, однократно (II;A).

*Альтернативные средства:*

- Эритромицин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней (A).

### ***2.3.3. Лечение трихомониаза***

- Метронидазол 500 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней (A)
- или
- Метронидазол 2,0 г перорально однократно (A).

*Альтернативные средства:*

- Тинидазол 2,0 г перорально однократно.

**Необходимо предупредить пациента воздержаться от приема алкоголя во время лечения.**

### **Показания для направления к дерматовенерологу:**

Отсутствие эффекта лечения в течение 7 дней (сохранение выделений)

и/или дизурических явлений).

### **3. СИНДРОМ «ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА»**

#### **Жалобы на появление необычных выделений из влагалища:**

- изменение их количества;
- появления запаха;
- дискомфорт;
- цвета;
- появление зуда.

Выделения из влагалища могут быть обусловлены либо вагинитом, либо цервицитом или вагинитом и цервицитом вместе.

#### **3.1. Причины:**

##### **1. Вагинита:**

- трихомониаз – возбудитель *T. vaginalis*;
- бактериальный вагиноз – это изменение вагинальной флоры с преобладанием анаэробных микроорганизмов, включая *Gardnerella vaginalis*;
- кандидоз – возбудитель *Candida albicans*.

##### **2. Цервицита:**

- гонорея – возбудитель *N. gonorrhoeae*;
- хламидиоз – возбудитель *C. trachomatis*.

Выявить различия между вагинитом и цервицитом при объективном обследовании пациентки нелегко.

**Пациентки с жалобами на выделения из влагалища должны проходить и физикальное обследование органов брюшной полости, и гинекологическое обследование.**

#### **Клиническая картина**

##### Женщины

Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие:

##### *Субъективные симптомы:*

- гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- зуд/жжение в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

##### *Объективные симптомы:*

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-

- гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;
  - отечность, гиперемия и эрозии слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала.

**Лечение вагинита и цервицита** назначается, если имеются выделения из влагалища и присутствует хотя бы один из факторов:

- боли внизу живота  
или
- болезненность при бимануальном обследовании  
или
- наличие выделений из уретры у партнера пациентки или слизисто-гнойных выделений из цервикального канала при осмотре в зеркалах  
или
- наличие факторов риска у пациентки
  - молодой возраст (менее 25 лет);
  - не замужем;
  - более одного полового партнера за последние три месяца;
  - новый половой партнер за последние три месяца.

Если вышеизложенные факторы не имеют места, то проводится лечение только по поводу вагинита.

### **3.1.1. Бактериальный вагиноз**

Шифр по Международной классификации болезней МКБ–10 – N89.0.

#### ***Определение***

*Бактериальный вагиноз* – это инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, связанный с дисбиозом вагинального биотопа, который характеризуется количественным снижением или полным исчезновением лактобактерий, особенно перекись-продуцирующих, и резким увеличением облигатно – и факультативно анаэробных условно-патогенных микроорганизмов.

#### ***Эпидемиология***

По данным мировой статистики, бактериальному вагинозу принадлежит одно из первых мест среди заболеваний влагалища. Частота его распространения в популяции колеблется от 12% до 80% и зависит от контингента обследованных женщин.

Бактериальный вагиноз выявляют преимущественно у женщин в репродуктивном возрасте. Заболевание не представляет непосредственной опасности для жизни женщины, однако является фактором риска развития осложнений беременности и воспалительных заболеваний малого таза после оперативных вмешательств и инвазивных диагностических процедур.

#### ***Пути инфицирования***

Бактериальный вагиноз не относится к инфекциям, передаваемым половым путем. Однако заболевание выявляют преимущественно у женщин, ведущих половую жизнь с частой сменой половых партнеров.

### ***Клиническая картина***

#### *Субъективные симптомы:*

- гомогенные симптомы;
- гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным «рыбным» запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта или после менструации;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- редко зуд и/или жжение на слизистой оболочке половых органов;
- редко зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

#### *Объективные симптомы:*

Диагноз устанавливается на основании наличия не менее чем 3-х из 4-х критериев (критерии Amsel):

- гомогенные беловато-серые вагинальные выделения, густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища;
- значение pH вагинального экссудата  $> 4,5$  при наличии тест-полоски;
- положительный результат аминотеста (появление «рыбного» запаха при смешивании на предметном стекле влагалищного отделяемого с 10% раствором КОН в равных пропорциях);
- изменения микроценоза влагалища, выявляемые при микроскопическом исследовании вагинального отделяемого.

### **3.1.2. Урогенитальный кандидоз**

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 – В37.

#### ***Определение***

Урогенитальный кандидоз – воспалительное заболевание, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

#### ***Эпидемиология***

Урогенитальный кандидоз является широко распространенным заболеванием, может возникать у лиц обоего пола и наиболее часто наблюдается у женщин репродуктивного возраста.

Частота регистрации кандидозного вульвовагинита за последние 10 лет почти удвоилась и составляет 30-45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища.

## ***Пути инфицирования***

Согласно современным классификациям урогенитальный кандидоз не относится к инфекциям, передаваемым половым путем, что не исключает возникновения кандидозного баланопостита у мужчин – половых партнеров женщин с кандидозным вульвовагинитом.

## ***Клиническая картина***

### **Женщины:**

#### ***Субъективные симптомы:***

- белые или желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные выделения из половых путей, как правило, усиливающиеся перед менструацией;
- зуд и/или жжение на коже и слизистых оболочках аногенитальной области;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

#### ***Объективные симптомы:***

- гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища;
- белые, желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные вагинальные выделения на слизистой оболочке вульвы и во влагалище;
- трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы, задней спайки влагалища и перианальной области;

## **3.1.3. Трихомониаз**

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 – А 59.0

Урогенитальный трихомониаз – инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является простейший одноклеточный паразит – *Trichomonas vaginalis*.

## ***Эпидемиология***

Урогенитальный трихомониаз является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В структуре всех ИППП трихомониаз занимает одно из первых мест.

## ***Пути инфицирования***

### **У женщин**

половой контакт.

## ***Клиническая картина***

### **Женщины**

У 10-30% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие ***субъективные симптомы:***

- выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с

- неприятным запахом;
- зуд/жжение в области наружных половых органов;
  - болезненность во время половых контактов (диспареуния);
  - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
  - дискомфорт и/или боль в нижней части живота.

*Объективные симптомы:*

- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища;
- зелено-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом;
- эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер;
- петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки).

### 3.1.4. Хламидиоз

Женщины

Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие:

*Субъективные симптомы:*

- слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- межменструальные кровянистые выделения;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в нижней части живота.

*Объективные симптомы:*

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное уретральное отделяемое;
- отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

### 3.1.5. Гонорея

Женщины

- Обильные выделения из влагалища: (до 50%);
- Боли внизу живота (до 25%);
- Дизурия (12%);
- Ректальная инфекция проявляется бессимптомно;
- Фарингиальная инфекция проявляется бессимптомно (90%).

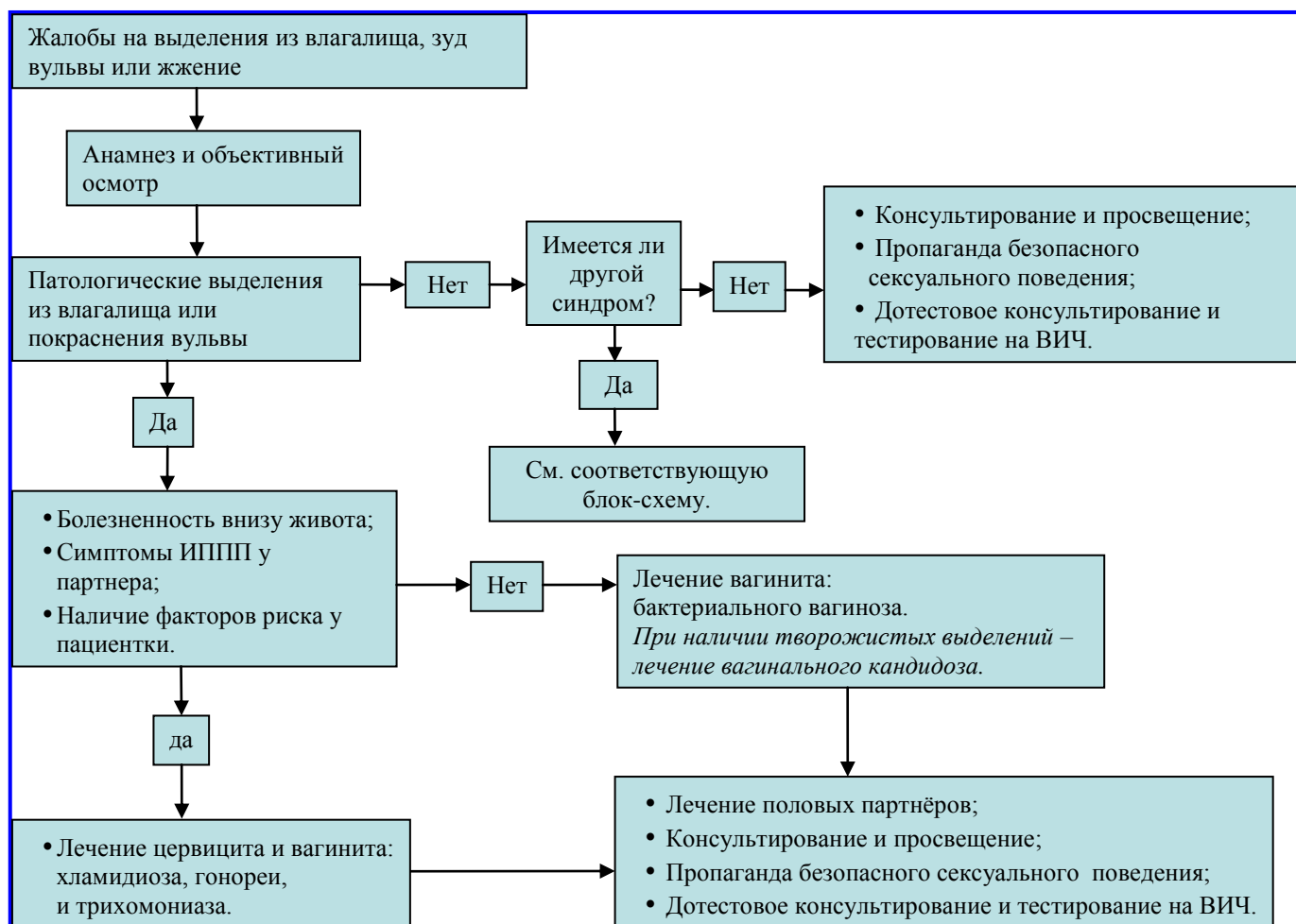
При гонорее и хламидиозе (цервиците):

- выделения из цервикального канала от слизисто-гнойных до гнойных, вязкие, густые. При осмотре в зеркалах видно, что имеется отделяемое не

ТОЛЬКО ИЗ ВАГИНЫ, НО И ИЗ ЭНДОЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА.

При наличии выделений из влагалища необходимо использовать блок-схему «Выделения из влагалища».

### 3.2. Блок-схема «Выделения из влагалища»



### 3.3. ЛЕЧЕНИЕ

#### 3.3.1. Лечение вагинита – трихомониаза, бактериального вагиноза

Любой вариант лечения (перорально или вагинально) обеспечивает равный показатель успеха лечения. Проведение лечения сочетанием обоих вариантов избыточно.

- Метронидазол 500 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней (А) или



- Метронидазол 2,0 г перорально однократно (А)

*Альтернативные средства:*

- Тинидазол 2,0 г перорально однократно

Необходимо предупредить пациента воздержаться от приема алкоголя во время лечения.

*Местное лечение*

- Клиндамицин 2% вагинальный крем 5,0 г интравагинально на ночь в течение 7 дней

или

- Метронидазол 0,75% гель 5,0 г интравагинально на ночь в течение 7 дней.

**Если пациентка получает лечение по поводу хламидиоза, гонореи или трихомониаза, следует пролечить всех сексуальных партнеров за последние 60 дней. При бактериальном вагинозе или кандидозе партнеров лечить не следует.**

### ***3.3.2. Лечение вагинального кандидоза***

Показано только при наличии выраженной клинической картины: белые творожистые выделения из влагалища, гиперемия вульвы и влагалища, генитальный зуд. Терапия может быть пероральной или местной. Применение обоих методов при неосложненной инфекции избыточно.

- Флуконазол 150 мг перорально однократно.

или

*Местная терапия:*

- Клотримазол 500 мг интравагинально однократно
- или
- Миконазол или клотримазол 200 мг интравагинально один раз в день в течение 3 дней.

*Альтернативные средства:*

- Нистатин (пессарий) 100 тыс. МЕ интравагинально один раз в день в течение 14 дней на ночь.

Лечение слизисто-гнойного цервицита (СГЦ) – гонореи и хламидиоза. Важно пояснить, что для лечения воспалительных заболеваний органов малого таза этой терапии недостаточно, она адекватна только для инфекции, ограниченной пределами шейки - цервицита. При наличии боли внизу живота, необходимо соблюдать рекомендации по лечению, изложенные в разделе 7. СИНДРОМ «БОЛЬ ВНИЗУ ЖИВОТА».

### ***3.3.3. Лечение гонококкового цервицита***

- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно (II;A)  
или
- Спектиномицин 2,0 г в/м однократно (II;A).

*Альтернативные средства:*

- Цефиксим 400 мг перорально однократно (II;A)

#### **3.3.4. Лечение хламидийного цервицита**

- Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней (I,A).  
или
- Азитромицин 1,0 г перорально однократно. (I,A).

*Альтернативные средства:*

- Амоксициклин 500 мг перорально 3 раза в день в течение 7 дней  
или
- Эритромицин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней  
или
- Тетрациклин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней.

*Доксициклин, тетрациклин назначать во время беременности и в период грудного вскармливания не рекомендуется.*

#### **Показания для направления к специалистам (гинекологу или хирургу)**

- Отсутствие эффекта лечения в течение 7 дней;
- Резкие боли внизу живота, положительный симптом раздражения брюшины, выраженная общая гипертермия.

## 4. СИНДРОМ «ПАХОВЫЙ БУБОН»

*Паховый бубон* – локальное увеличение лимфатических узлов в паховой области, сопровождающееся местной гиперемией кожи над ними, болезненностью и иногда флюктуацией. Флюктуирующие лимфатические узлы при пальпации мягкие и внутри них ощущается наличие жидкости. При прорыве бубона через образовавшийся свищ появляется гнойное отделяемое часто с примесью крови.

### 4.1. Причины пахового бубона:

- «Сифилитическая язва» (см. раздел Синдром «Генитальная язва»)
- Шанкроид или мягкий шанкр (см. раздел Синдром «Генитальная язва»)
- Лимфогранулема венерическая (ЛГВ).

Если причиной является шанкроид, во многих случаях паховый бубон может сочетаться с наличием генитальной язвы. Лечение бубона адекватно включит и лечение язвы при мягком шанкре, но нужно учесть необходимость исключить также возможное сочетание с сифилитической язвой.

Лимфогранулема венерическая вызывается патогенными микроорганизмами - *Chlamydia trachomatis* типов L1, L2, L3. Инкубационный период составляет от 3 до 30 дней.

*На первой стадии* в месте внедрения возбудителя появляется маленькая безболезненная папула или пустула, которая может эрозироваться, образуя небольшую язвочку, регрессирующую в течение недели даже без лечения и часто остается незамеченной.

*Вторая стадия* наступает в течении 2-6 недель и проявляется болезненным воспалением паховых лимфатических узлов, спаянных между собой, образуя бугристые инфильтраты. Кожа над ними приобретает синюшную окраску. Лимфогранулема венерическая первоначально является заболеванием лимфатической системы, которое прогрессирует в односторонний, болезненный лимфаденит. Паховый бубон со временем размягчается, вскрывается с образованием фистульных ходов, из которых выделяется обильное гнойное отделяемое, нередко с примесью крови. Могут наблюдаться общие симптомы: озноб, недомогание, общая гипертермия, миалгии, артралгии.

#### **При мягком шанкре:**

– Лимфаденит

В течение двух-четырёх недель развивается односторонний паховый лимфангит – утолщение и болезненность лимфатического сосуда, идущего от язвы до ближайших лимфатических узлов, вызывая развитие лимфаденита.

Односторонний, лимфоузлы резко болезненны, спаянные между собой и с окружающими тканями, прогрессируя, образуется гнойный

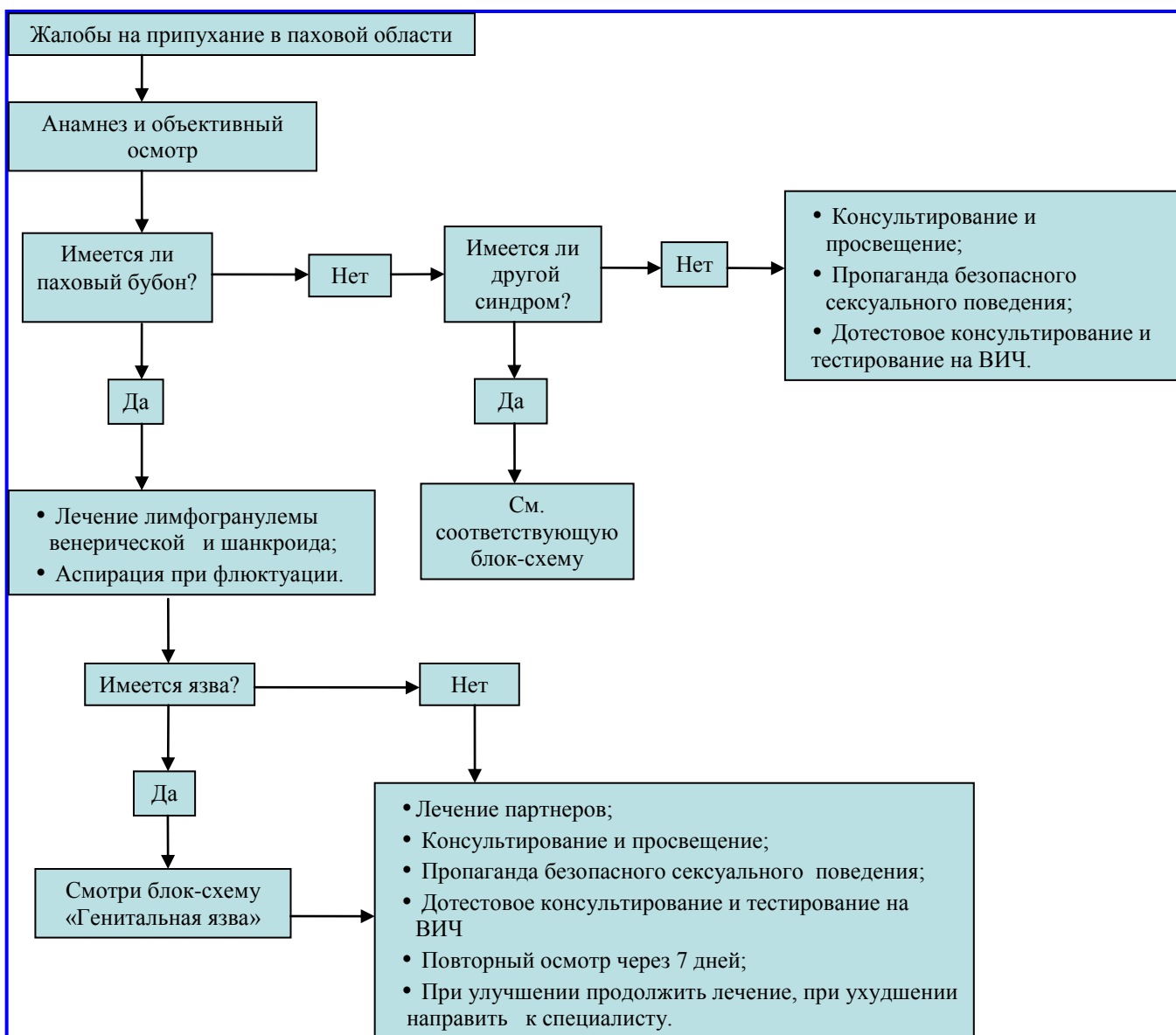
бубон, который может спонтанно вскрываться с отделением большого количества гноя с примесью крови. (см. раздел Синдром «Паховый бубон»)

**При «сифилитической язве»:**

- регионарный лимфаденит
- в течение 1 - 2 недель чаще билатеральное увеличение лимфоузлов размером от 1,5 x1 см

При наличии пахового бубона необходимо использовать блок-схему «Паховый бубон».

**4.2. Блок-схема «Паховый бубон»**



**4.3. ЛЕЧЕНИЕ**

### ***4.3.1. Лечение венерической лимфогранулёмы – ВЛГ***

- Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день в течение 21 дня или
- Эритромицин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 21 дня.

Если имеется флюктуация бубона, то необходимо провести прокол в здоровой коже шприцем и отсосать содержимое. Процедуру можно повторить через 3-4 дня.

Категорически не рекомендуется делать надрезы с последующим дренированием раны либо иссекать пораженный лимфоузел в связи с риском образования фистулы.

**Лечение сексуальных партнеров, не имеющих клинической симптоматики, с которыми были сексуальные контакты за последние 60 дней (азитромицин 1 грамм перорально, однократно, или доксициклин 100 мг перорально, два раза в день, в течение 7 дней)**

#### **Показания для направления к специалисту:**

– отсутствие эффекта лечения в течение 7 дней.

### ***4.3.2. Лечение шанкроида***

Лечение шанкроида необходимо проводить, даже если язвы не наблюдается (как это правильно указано в первом пункте блока по лечению.) Обращение к блоку по лечению генитальной язвы имеет смысл, только если имеется видимая язва.

Если для лечения венерической гранулемы выбран эритромицин, в этом случае автоматически лечится и шанкроид. Если выбран доксициклин, то к лечению венерической гранулемы нужно добавить ципрофлоксацин 500мг два раза в день на 3 дня или азитромицин 1г однократно, чтобы лечение покрыло также и шанкроид.

## 5. СИНДРОМ «ОФТАЛЬМИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ»

Офтальмия новорожденных – это гнойный конъюнктивит, который наблюдается у новорожденных в возрасте до 1 месяца. Инфицирование глаз происходит внутриутробно или во время родов, а также через предметы ухода.

При заражении во время родов поражаются оба глаза, а при аутоинокуляции возможно одностороннее поражение.

### Клинические проявления

Гиперемия, отечность, инфильтрация век, затрудняющие их открытие, наличие гнойного отделяемого из конъюнктивного мешка. Конъюнктива резко гиперемирована, шероховата. При отсутствии своевременного адекватного лечения может развиваться изъязвление роговицы с частичным или полным ее разрушением.

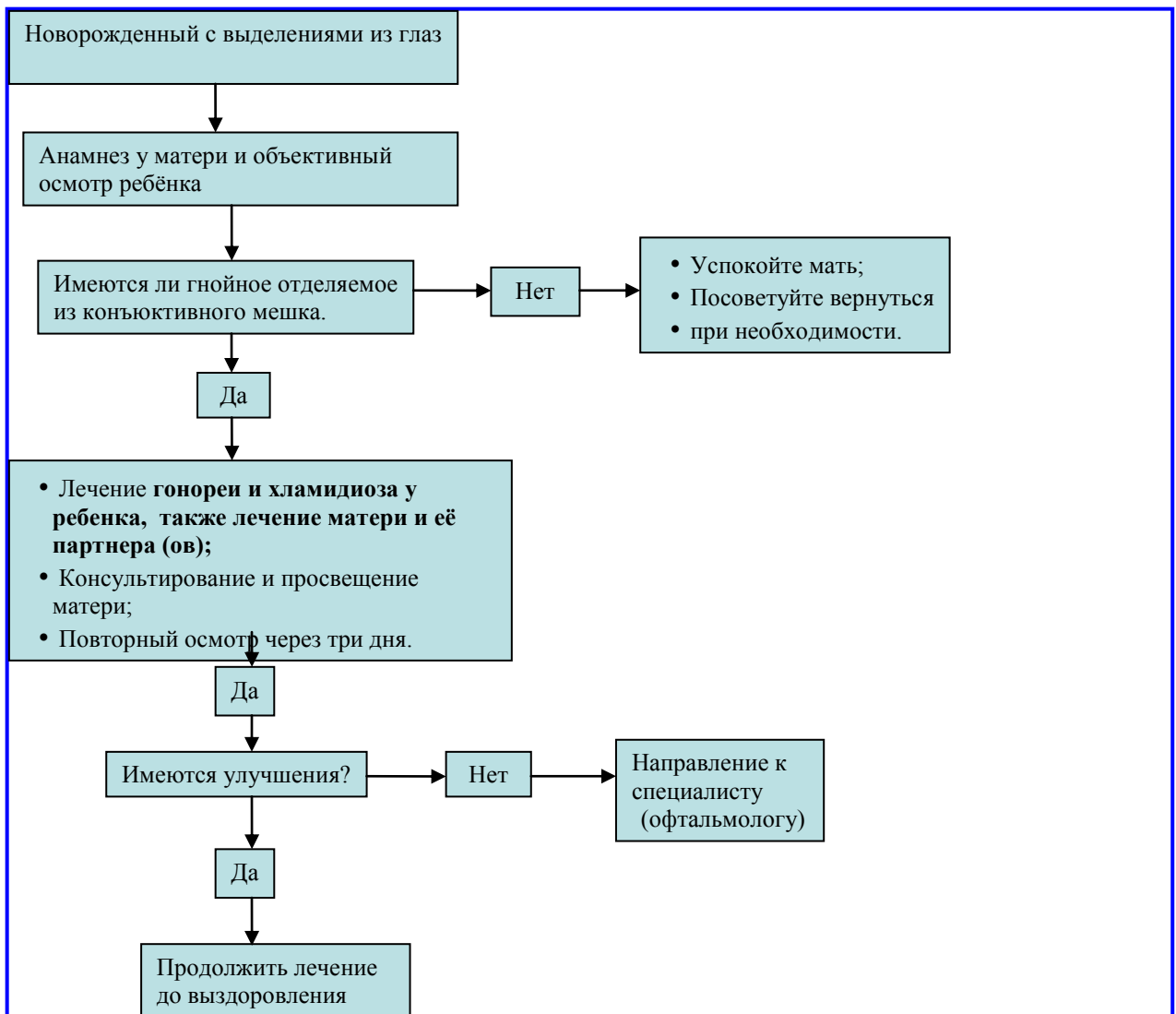
#### 5.1. Причины:

- *N. gonorrhoeae* – 20-75%;
- *Staphylococcus aureus*;
- *C. trachomatis* – 15-35%;
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus spp* и др.

**Если не провести лечение своевременно, неонатальный конъюнктивит может привести к слепоте.**

При наличии гнойных выделений из конъюнктивного мешка у новорожденных необходимо использовать блок-схему «Офтальмия новорожденных».

## 5.2. Блок-схема «Офтальмия новорожденных»



При сборе анамнеза у матери необходимо выяснить наличие у неё или её партнёров ИППП.

При наличии гнойного конъюнктивита у новорожденного необходимо провести лечение по поводу гонореи и хламидиоза.

**В противоположность профилактике, при наличии установленного диагноза, терапия должна быть системной, так как местное лечение не эффективно.**

### 5.3. ЛЕЧЕНИЕ

#### 5.3.1. Лечение гонококкового конъюнктивита

- Цефтриаксон из расчета 50 мг на кг в/м однократно, максимальная доза 125 мг (II;A)

или

- Цефотаксим из расчета 100 мг на кг веса в/м однократно (II;A)

#### 5.3.2. Лечение хламидийного конъюнктивита

- Эритромицин (в сиропе) из расчета 50 мг на кг веса перорально, 4 раза в день в течение 14 дней.

**Очень важно провести последующую оценку через 3 дня, так как в некоторых случаях хламидийной инфекции требуется проведение второго курса эритромицина.**

#### Наружная терапия

Если симптомы не пройдут в течение 3 дней, ребенка необходимо направить к специалисту (офтальмологу).

Мать и ее партнера (ов) необходимо пролечить от гонореи и хламидиоза согласно синдрому **«Выделение из уретры»** и **«Выделение из влагалища»**.

Провести консультирование матери о необходимости пройти полный курс лечения, рассказать о способах передачи ИППП, о причинах возникновения инфекции у ребенка, о возможных осложнениях.

#### 5.4. Профилактика офтальмии новорожденных

в течение одного часа после рождения.

- 0,5% эритромициновая мазь однократно

или

- 1% тетрациклиновая мазь однократно

Мази заложить в нижний конъюнктивный мешок обоих глаз.



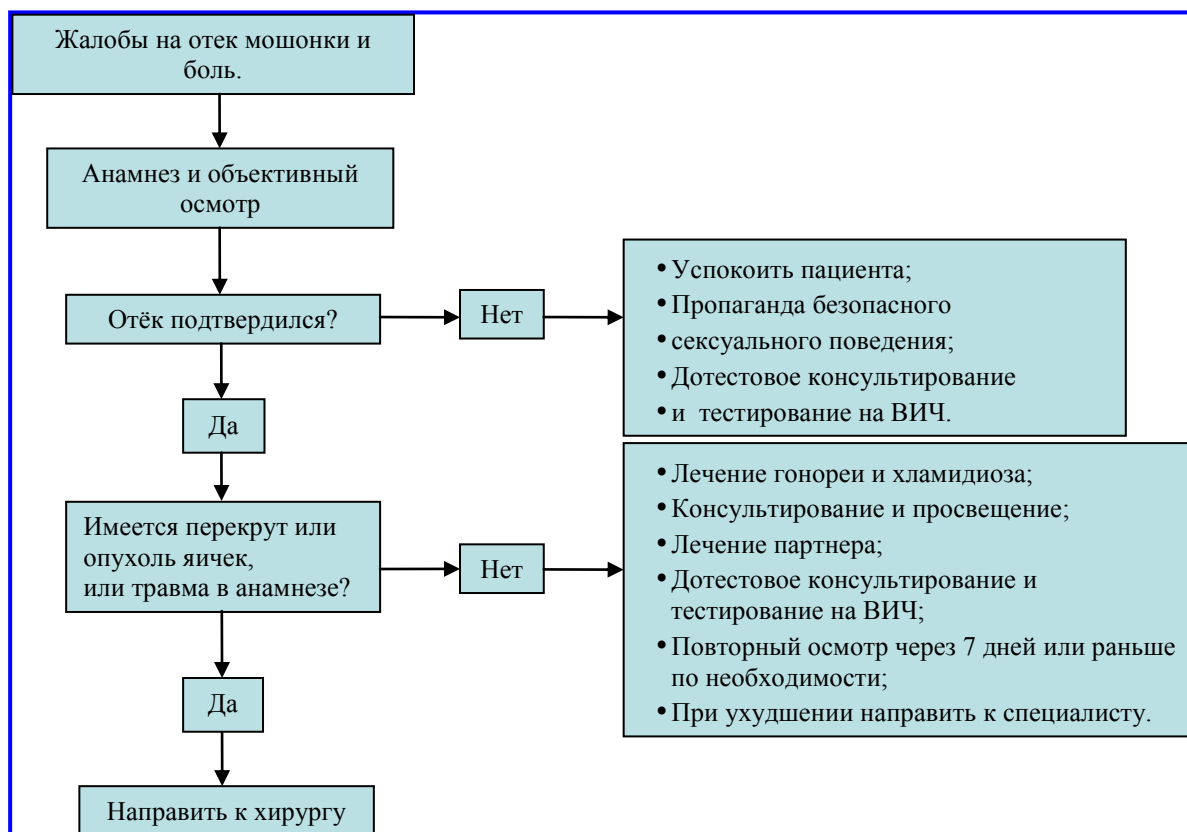
## 6. СИНДРОМ «ОТЁЧНОСТЬ МОШОНКИ И/ИЛИ БОЛЬ»

### 6.1. Основными предположительными диагнозами при остром отёке мошонки являются:

- перекрут семенного канатика;
- травма;
- опухоль яичек или придатков;
- паховая грыжа;
- орхоэпидидимит, чаще всего как осложнение гонококковой и хламидийной инфекции.

При наличии отёка или боли мошонки необходимо использовать блок-схему «Отёк мошонки и/или боль».

### 6.2. Блок-схема «Отек мошонки и/или боль»



Для перекрута семенного канатика характерно:

- Чаще всего встречается у пациентов моложе 20 лет, но может встречаться в любом возрасте;
- Сильная внезапная боль;
- При пальпации яичко подтянуто или повернуто;
- Отсутствуют симптомы уретрита.

### 6.3. ЛЕЧЕНИЕ

### **6.3.1. Лечение гонококкового уретрита**

- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно (II;A)
- или
- Спектиномицин 2,0 г в/м однократно (II;A)

#### *Альтернативные средства:*

- Цефиксим 400 мг перорально однократно (II;A)

### **6.3.2. Лечение хламидиоза**

- Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней (I;A)
- или
- Азитромицин 1,0 г перорально однократно (I;A)

#### *Альтернативные средства:*

- Эритромицин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней

#### Пациенту рекомендуется:

- Постельный режим;
- Применение анальгетиков;
- Использование повязки суспензория для приподнимания и поддержки мошонки.

### **Показания для направления к специалистам**

- При подозрении на перекрут семенного канатика (яичка), травму мошонки, паховую грыжу и опухоль яичек или придатков пациента необходимо срочно направить к урологу и/или хирургу;
- Отсутствие эффекта лечения уретрита в течение 7 дней (сохранение выделений и/или дизурических явлений или устойчивого отека мошонки/болей).

## **7. СИНДРОМ «ОСТРАЯ БОЛЬ ВНИЗУ ЖИВОТА»**

Острая боль внизу живота у женщины репродуктивного возраста имеет много вероятных причин, некоторые из которых очень серьезны и требуют немедленного медицинского внимания. Часто в этом ряду оказываются ИППП, ВЗОМТ.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) обычно являются результатом восходящей инфекции из эндоцервикса, вызывающие:

- эндометрит;
- сальпингит;
- оофорит;
- параметрит;
- tuboovarеальный абсцесс;
- и/или тазовый перитонит.

ИППП, сопровождающиеся болью внизу живота:

- гонорея;
- хламидиоз;
- бактериальный вагиноз, вызванный вагинальной гарднереллой, анаэробами, грамотрицательными бактериями и стрептококками.

### **7.1. С воспалительными заболеваниями органов таза связывают ряд факторов:**

- Сексуально активный возраст;
- ИППП в анамнезе у самой пациентки или у её половых партнеров;
- Наличие 2 и более половых партнеров;
- Новый половой партнер за последние 3 месяца;
- Прерывание беременности;
- Введение ВМС; (Современные внутриматочные контрацептивные средства сопряжены с очень малым повышением риска ВЗОМТ, если такой вообще имеется. Риск возникновения ВЗОМТ обычно ограничен первыми тремя неделями после введения внутриматочного контрацептивного средства, после этого срока ВЗОМТ развиваются редко);
- Послеродовой эндометрит.

### **Необходим сбор анамнеза**

Начало боли, локализация, тип, иррадиация, дата последней менструации, нарушения цикла?, выделения из влагалища?, дизурия?, диспареуния?, тошнота/рвота?, диарея/запоры?, риск факторы для ИППП,

### **Клиническая диагностика**

- Боль внизу живота;

- Диспареуния;
- Наличие необычных выделений из влагалища и шейки матки;
- Необычные кровотечения.
- Повышение температуры тела

При наличии острой боли внизу живота у женщин фертильного возраста дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями и состояниями:

- внематочная беременность;
- острый аппендицит;
- осложненная киста яичника включая геморрагическую кисту, перекрут яичника, разрыв функциональной кисты.
- тубо-овариальный абсцесс

#### **При объективном обследовании необходимо:**

- Измерить температуру тела. Гипертермия указывает на наличие инфекции;
- Измерить АД и посчитать пульс, исключить гипотензию и шок. Тахикардия и гипотензия указывают на необходимость неотложной хирургической оценки
- Тест на беременность (если есть), чтобы исключить осложнения беременности, включая внематочную беременность или выкидыш.
- Пальпация живота определяет:
  - при поверхностной пальпации болезненность;
  - при глубокой пальпации – боль – положительный симптом раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга);
  - ригидность мышц живота.

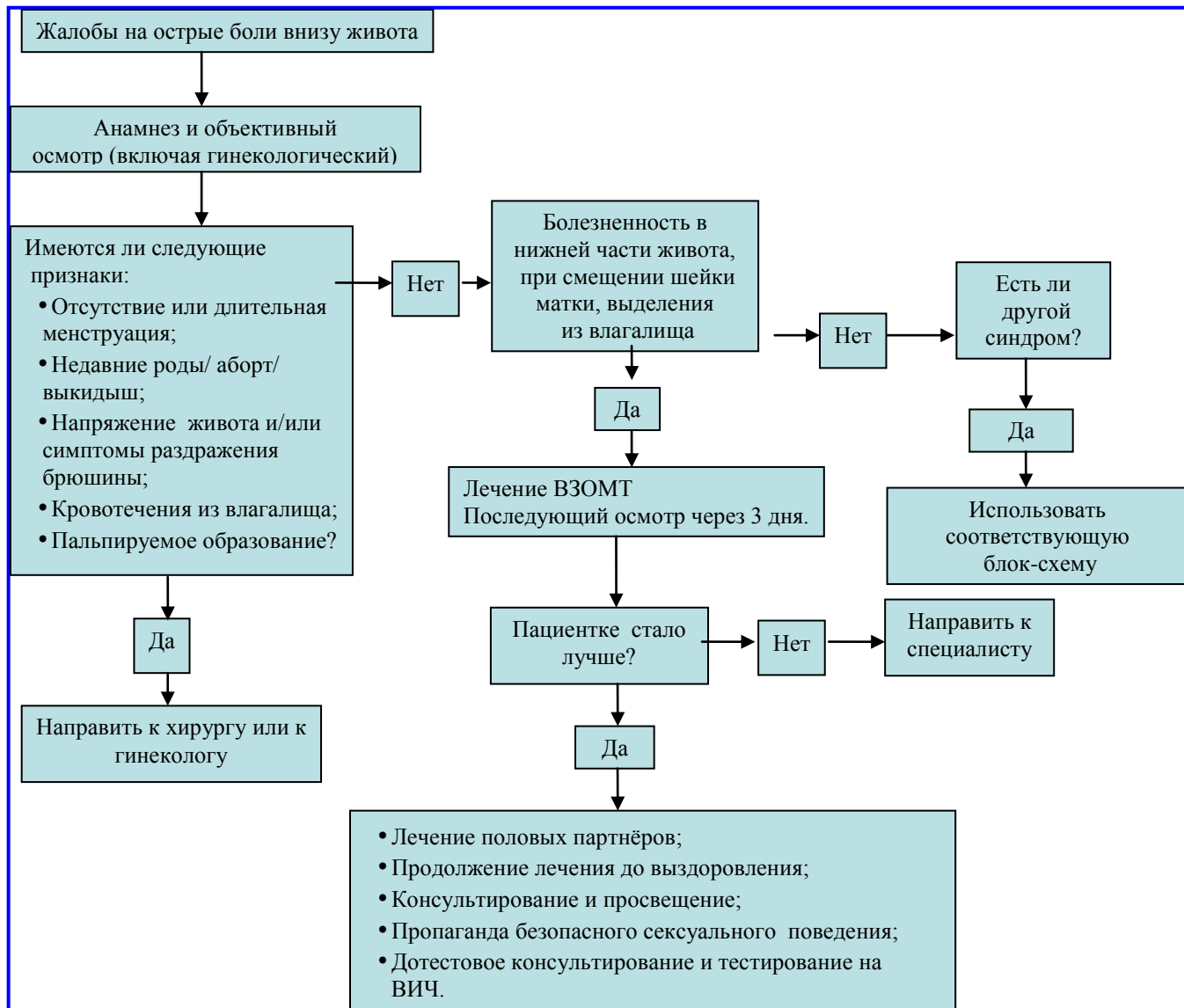
Острая боль, положительный симптом раздражения брюшины и ригидность мышц живота являются признаками перитонита или внутрибрюшного абсцесса или внутреннего кровотечения, и требует неотложной хирургической оценки

#### **Необходимо:**

- Провести бимануальные исследования для определения наличия или отсутствия болезненности в области яичников и при смещении шейки матки;
- Определить наличие или отсутствие кровянистых или необычных выделений из влагалища при визуальном осмотре и вагинальном обследовании (осмотр в зеркалах).

При наличии острой боли внизу живота, необходимо использовать блок-схему «Острая боль внизу живота».

## 7.2. Блок-схема «Острая боль внизу живота»



### *Показания к госпитализации пациенток с острыми ВЗОМТ:*

- Неотложные состояния: аппендицит, внематочная беременность, явления перитонита и др. нельзя исключить.;
- Подозрения на тазовый абсцесс;
- Осложненная киста яичника;
- Подростковый возраст;
- Беременность
- Отсутствие эффекта лечения в течение 3 дней.

При отсутствии показаний к госпитализации, но при наличии выделений из влагалища, болезненности внизу живота, пациентке необходимо назначить **лечение ВЗОМТ:**

Цефтриаксон 250мг в/м однократно  
ПЛЮС доксициклин 100мг два раза в день на 14 дней (или тетрациклин по 500мг четыре раза в день на 14 дней) ПЛЮС метронидазол по 500мг два раза в день на 14 дней.

- Необходимо предупредить пациента воздержаться от приема алкоголя во время лечения.
- Продолжайте лечение до окончания полного курса рекомендованной терапии, так как недостаточная продолжительность лечения может привести к долгосрочным осложнениям.

## 8. ВЕДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ ПРИ ВСЕХ СИНДРОМАХ

- Лечение всех выявленных половых партнеров пациента за последние 60 дней.

Лечение того же синдрома, что и у пациента (при гетеросексуальных партнерах, если у мужчины имеется уретрит или отек мошонки, лечите партнера женщину, согласно рекомендациям раздела “Выделения из влагалища – гонорея, хламидиоз и трихомониаз; при наличии у женщины выделений из влагалища и ВЗОМТ, лечите партнера мужчину согласно рекомендациям для лечения уретрита).

- Лечение даже в том случае, если у партнеров нет признаков ИППП.

*Оповещение половых партнеров может осуществляться самим пациентом или медицинским работником (если есть такая возможность).*

## 9. ПРОСВЕЩЕНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИППП

Просвещение – это информирование пациента о лечении ИППП и способах предупреждения повторного заражения.

*Что надо знать пациентам с ИППП?*

### 1. Общая информация об ИППП включая исправление неверных представлений и опровержение часто встречающихся заблуждений.

- пути передачи;
- признаки и симптомы ИППП;
- осложнения ИППП, в том числе бесплодие, неблагоприятный исход беременности, внематочная беременность, хроническая боль, спайки в малом тазу;
- необходимость своевременного обращения за медицинской помощью и необходимость лечить обоих партнеров одновременно;
- связь ИППП и ВИЧ-инфекции.

### 2. Профилактика ИППП:

- ограничение числа половых партнёров до одного надёжного;
- регулярное и правильное использование презервативов, особенно при вступлении в сексуальные отношения с новым половым партнером. Обязательное использование презервативов при наличии более чем одного партнера, или если партнер имеет контакты с другими партнерами.
- воздержание от вступления в сексуальные отношения в подростковом возрасте;
- развитие навыков обсуждения с половыми партнерами вопросов безопасного секса (использование средств индивидуальной защиты)
- воздержание от половых контактов, если есть подозрение, что Вы или

Ваш партнер инфицирован ИППП, или у одного из Вас есть симптомы, или Вы получаете лечение по поводу ИППП. Предупредите, что алкоголь и наркотики нарушают способность здраво рассуждать и ведут к опасному сексуальному поведению.

### **3. Лечение ИППП:**

- обращаться за квалифицированной медицинской помощью;
- не заниматься самолечением;
- не приобретать медикаменты из нелегальных источников;
- убеждать пациентов в необходимости пройти полный курс лечения, т.к. преждевременное прекращение лечения после исчезновения симптомов заболевания является типичной причиной неэффективного лечения;
- объяснить, как правильно принимать назначенные препараты. Объясните пациенту, что делать, если возникли побочные эффекты от приема препаратов.
- рекомендовать воздержание от секса или обязательное использование презервативов при половых контактах в период лечения. Однако презервативы не обеспечивают полной защиты, поэтому при наличии язвы, видимых высыпаний или нарушений целостности кожных покровов, необходимо полностью воздержаться от всех сексуальных контактов.
- рекомендовать воздержание от приема алкоголя во время лечения;
- обязательно привлечь половых партнеров для прохождения курса лечения;
- рекомендовать повторное обращение при сохранении симптомов заболевания.

**Консультирование** – форма помощи пациенту через межличностное общение. Это конфиденциальное двухстороннее (медработник – пациент) общение с пациентом для того, чтобы помочь пациенту принять определенное решение и справиться с чувствами, связанными с его состоянием или ситуацией.

- *Консультирование при ИППП и ВИЧ-инфекции* – консультация об опасности заражения ИППП и ВИЧ-инфекции до постановки диагноза или до появления симптомов. Предоставьте пациенту полную информацию о течении заболевания; как, вероятно, произошло заражение; как может произойти заражение других; какое он должен получить лечение; что делать, если возникнут побочные эффекты от получаемой терапии; как убедиться, что лечение прошло успешно; что делать, если кажется, что лечение не дает результата; что будет, если не лечиться или не закончить полный курс лечения; риск заболевания одновременно несколькими ИППП.
- *Цель консультирования* – изменение поведения пациентов на более безопасное или изменение отношения к факторам риска развития ИППП и ВИЧ/СПИДа.
- *Задачи консультирования:*
  - обсуждение причин консультации;



- оценка степени риска заражения ИППП и ВИЧ-инфекцией;
- определение эмоциональных реакций и возможных последствий осведомленности пациента о наличии ИППП или ВИЧ-инфекции;
- обучение навыкам безопасного сексуального поведения.

### **Принципы и условия эффективного консультирования**

- Наличие достаточного времени;
- Доступность консультации – минимум ожидания в очереди, в удобное время для пациента;
- Уважение к личности пациента, доброжелательность, независимо от образа жизни (ПИН, РС, гомосексуалисты, алкоголики), независимо от выбора половых партнеров, их количества, а также социально-экономических, этнических, религиозных особенностей;
- Конфиденциальность;
- Уважение прав пациента на принятие решения, хотя оно может быть и неправильным;
- Предоставление информации на языке, понятном пациенту;
- Активное и внимательное слушание пациента; Ответьте на все вопросы.
- Руководствоваться принципом **«Не осуждать, а помогать»**.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней, 2008 г. Под редакцией: А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти, перевод с английского, МЕДпресс-информ ISBN-5-98322-377-1;
2. Кожные болезни «Диагностика и лечение», 2007 г. Томас П.Хэбнар, перевод с английского. Под редакцией академика РАМН, профессора А.А. Курбановой, МЕДпресс-информ, 2007 г., ISBN-5-98322-290-2;
3. UK National Guidelines on the Management of Early Syphilis. Clinical Effectiveness Group (Association for Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases);
4. UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008; M Kingston BMBS MRCP\*, P French MBChB FRCP†, B Goh FRCP‡, P Goold MBBS MRCP§, S Higgins FRCP\*\*, A Sukthankar FRCP\*, C Stott RGN BSc\*, A Turner MBChB FRCPATH††, C Tyler RGN MSc‡ and H Young DSc FRCPATH‡‡  
\*Manchester Centre for Sexual Health, The Hathersage Centre, 280, Upper Brook Street, Manchester M13 0FH; †Department of Genitourinary Medicine, Mortimer Market Centre, Off Capper Street, London WC1E 6JB; ‡Department of Genitourinary Medicine, Ambrose King Centre, The Royal London Hospital, Turner Street, London E1 1BB; §Department of Genitourinary Medicine, Whittall Street Clinic, Whittall Street, B4 6DH; \*\*Department of Genitourinary Medicine, Outpatients Department, North Manchester General Hospital, Pennine Acute Hospitals NHS Trust, Crumpsall, Manchester M13 9WL; ††Department of Clinical Virology, Manchester Royal Infirmary, Oxford Road, Manchester M13 9WL; ‡‡Royal Infirmary of Edinburgh, 51 Little France Cr, Old Dalkeith Road, Edinburgh EH16 4SA, UK (the Syphilis Guidelines Revision Group 2008);
5. Sherrard J, Barlow D. Gonorrhoea in men: clinical and diagnostic aspects. *Genitourin Med* 1996; 72: 422-426.
6. Barlow D, Phillips I. Gonorrhoea in women: diagnostic, clinical and laboratory aspects. *Lancet* 1978; i: 761-764.
7. Sexually Transmitted Diseases (STD): Netherlands Guidelines 1997.
8. Lewis DA, Bond M, Butt KD, Smith CP, Shafi MS, Murphy SM. A one-year survey of gonococcal infection seen in the genitourinary medicine department of a London district general hospital. *Int J STD AIDS* 1999; 10: 588-594.
9. Jephcott AE. Microbiological diagnosis of gonorrhoea. *Genitourin Med* 1997; 73: 245-252.
10. Van Dyck E, Ieven M, Pattyn S, Van Damme L, Laga M. Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae by enzyme immunoassay, culture and three nucleic acid amplification tests. *J Clin Microbiol* 2001; 39: 1751-1756.
11. Cook RL, Hutchison SL, Ostergaard L, Braithwaite RS, Ness RB. Systematic Review: Non-invasive testing for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. *Ann Intern Med* 2005; 142: 914-925.
12. Young H, Manavi K, McMillan A. Evaluation of ligase chain reaction for the non-cultural detection of rectal and pharyngeal gonorrhoea in men who have sex with men. *Sex Trans Infect* 2003; 79: 484-486.
13. Page-Shafer K, Graves A, Kent C, Bals JE, Zapitz VM, Klausner JD. Increased sensitivity of DNA amplification testing for the detection of pharyngeal gonorrhoea in men who have sex with men. *Clinical Infectious Diseases* 2002; 34: 173-176.

14. Palmer H, Mallinson H, Wood RL, Herring AJ. Evaluation of the specificities of five DNA amplification methods for the detection of *Neisseria gonorrhoeae*. *J Clin Microbiol* 2003; 41: 835-837.
15. Katz AR, Effler PV, Ohye RG, et al. False-positive gonorrhoea test results with a nucleic amplification test: the impact of low prevalence on positive predictive value. *Clin Infect Dis* 2004; 38: 814-819.
16. FitzGerald M, Bedford C. National standards for the management of gonorrhoea. *Int J STD AIDS* 1996; 7: 298-300.
17. Ghanem M, Radcliffe K, Allan P. The role of urethral samples in the diagnosis of gonorrhoea in women. *Int J STD AIDS* 2004; 15: 45-47.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51 (No. RR-6): 36-42.
19. Bignell CJ. Antibiotic treatment of gonorrhoea - clinical evidence for choice. *Genitourin Med* 1996; 72: 315-320.
20. Echols RM, Heyd A, O' Keeffe BJ, Schacht P. Single-dose ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated gonorrhoea: a worldwide summary. *Sex Trans Dis* 1994; 21: 345-352.
21. Korting HC, Kollman M. Effective single dose treatment of uncomplicated gonorrhoea. *Int J of STD AIDS* 1994; 5: 239-243.
22. Moran JS, Zenilman JM. Therapy for gonococcal infections: options in 1989. *Rev Infect Dis* 1990; (suppl 6): S633-644.
23. Moran JS, Levine WC. Drugs of choice for the treatment of uncomplicated gonococcal infections. *Clin Infect Dis* 1995; 20 (suppl 1): S47-65.
24. Moran JS. Ciprofloxacin for gonorrhea - 250mg or 500mg? *Sex Trans Dis* 1996; 23: 165-167.
25. HPA. GRASP The Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme— Annual Report 2004. London: Health Protection Agency, August 2005. Available at: [http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/hiv\\_and\\_sti/sti-gonorrhoea/publications/GRASP\\_2004\\_Annual\\_Report.pdf](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/sti-gonorrhoea/publications/GRASP_2004_Annual_Report.pdf).
26. Fenton KA, Ison CA, Johnson AP, Rudd E, Soltani M, Martin I, et al. Ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in England and Wales in 2002. *Lancet* 2003; 361: 1867-69.
27. Forsyth A, Moyes A, Young H. Increased ciprofloxacin resistance in gonococci isolated in Scotland. *Lancet* 2000; 356: 1984-5.
28. Novak E, Paxton LM, Tubbs HJ, Turner LF, Keck CW, Yatsu J. Orally administered cefpodoxime proxetil for the treatment of uncomplicated gonococcal urethritis in males: a dose-response study. *Antimicrob Agents Chemther* 1992; 36: 1764-1765.
29. Handsfield HH, Dalu ZA, Martin DH, et al. Multicenter trial of single-dose azithromycin vs ceftriaxone in the treatment of uncomplicated gonorrhoea. *Sex Trans Dis* 1994; 21: 107-111.
26. Young H, Moyes A, McMillan A. Azithromycin and erythromycin resistant *Neisseria gonorrhoeae* following treatment with azithromycin. *Int J STD AIDS* 1997; 8: 299-302.
27. Tapsall JW, Schultz TR, Limnios EA, Donovan B, Lum G, Mulhall BP. Failure of azithromycin therapy in gonorrhoea and dis correlation with laboratory parameters. *Sex Trans Dis* 1998; 25:505-508.
28. Brocklehurst P. Interventions for treating gonorrhoea in pregnancy. *Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
29. Cavenee MR, Farris JR, Spalding TR, Barnes DL, Castaneda YS, Wendel GD. Treatment of gonorrhea in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 33-38.
30. Ramus RM, Sheffield JS, Mayfield JA, Wendel GD. A randomised trial that compared oral cefixime and intramuscular ceftriaxone for the treatment of gonorrhoea in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:629-32.

31. Moran JS. Treating uncomplicated *Neisseria gonorrhoeae* infections: is the anatomic site of infection important? *Sex Trans Dis* 1995; 22: 39-47.
32. Fitzgerald M, Thirlby D, Bell G, Bedford C. National standards for contact tracing in gonorrhoea. *Int J STD AIDS* 1996; 7: 301.
33. Holland TM, Hussey J, Pattman RS, Sankar KN, Faldon CM. Audit of gonorrhoea test of cure at the genitourinary medicine department in Newcastle upon Tyne, UK. *Int J STD AIDS* 2003; 14: 630-631.
34. Komolafe AJ, Sugunendran H, Corkill JE. Gonorrhoea: test of cure for sensitive bacteria? Use of genotyping to disprove treatment failure. *Int J STD AIDS* 2004; 15: 212.
35. Bachmann LH, Desmond RA, Stephens J, Hughes A, Hook EW 3rd. Duration of persistence of gonococcal DNA detected by ligase chain reaction in men and women following recommended therapy for uncomplicated gonorrhoea. *J Clin Microbiol* 2002; 40: 3596-601.
36. Low N, Welch J, Radcliffe K. Developing national outcome standards for the management of gonorrhoea and genital chlamydia in genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect* 2004; 80: 223-229.
37. 2006 UK National guideline for the management of genital tract infection with *Chlamydia trachomatis*.  
Национальное Британское руководство по ведению хламидиоза генитального тракта. 2006
38. Sexually transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006, Atlanta, GA: Department of health and human services. Centers for Disease Control and Prevention. Center for Health Information and Service, Centers for Disease. Control and Prevention (CDC), 2006
39. CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2004. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for HIV, STD, and TB Prevention; 2005
40. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielson D. Decreasing incidences of gonorrhea- and chlamydia-associated acute pelvic inflammatory disease: a 25-year study from an urban area of central Sweden. *Sex Transm Dis* 1996;23:384-91
41. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR*, 2006, Vol. 55. 100 p
42. WHO. Infections with a predominantly sexual mode of transmission, Certain Infectious and Parasitic Diseases, International Classification of Diseases, 10 revision, 2007. Available at: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
43. Everett KD, Bush RM, Andersen AA. Emended description of the order Chlamydiales, proposal of Parachlamydiaceae fam. nov. and Simkaniaceae fam. nov., each containing one monotypic genus, revised taxonomy of the family Chlamydiaceae, including a new genus and five new species, and standards for the identification of organisms. *Int J Syst Bacteriol.* 1999 Apr;49 Pt 2:415-40
44. Kellogg JA, Seiple JW, Klinedinst JL, Stroll ES, Cavanaugh SH. Improved PCR detection of *Chlamydia trachomatis* by using an altered method of specimen transport and high-quality endocervical specimens. *J Clin Microbiol.* 1995 Oct;33(10):2765-7;
45. Domeika M, Drulyte O. Use of PCR for the detection of genital *Chlamydia trachomatis* infection on self-obtained mailed vaginal samples. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000 Jul;79(7):570-5
46. Domeika M, Hallen A, Drulyte O. Genital *Chlamydia trachomatis* infections in Lithuanian women invited for screening via newspaper advertisement: a pilot study. *Sex Transm Infect.* 2000 Jun;76(3):216

47. Domeika M, Bassiri M, Butrimiene I, Venalis A, Ranceva J, Vasjanova V. Evaluation of vaginal introital sampling as an alternative approach for the detection of genital Chlamydia trachomatis infection in women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999 Feb;78 (2):131-6
48. Kucinskiene V, Juseviciute V, Valiukeviciene S, Milasauskiene Z, Unemo M, Domeika M. Home sampling and pooling of vaginal samples are effective tools for genetic screening of Chlamydia trachomatis among high school female students in Lithuania. *Scand J Infect Dis.* 2007 Sep 6;:1-6;
49. Hobbs MM, van der Pol B, Totten P, Gaydos CA, Wald A, Warren T, Winer RL, Cook RL, Deal CD, Rogers ME, Schachter J, Holmes KK, Martin DH. From the NIH: Proceedings of a Workshop on the Importance of Self-Obtained Vaginal Specimens for Detection of Sexually Transmitted Infections. *Sex Transm Dis.* 2008 Jan;35(1):8-13.
50. Ripa KT, Mårdh PA. Cultivation of Chlamydia trachomatis in cycloheximide-treated McCoy cells. *J Clin Microbiol.* 1977 Oct;6(4):328-31.
51. Domeika M. Diagnosis of infections due to Chlamydia trachomatis. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl.* 1997;164:121-7.
52. Schachter J. Which test is best for chlamydia? *Curr Opin Infect Dis.* 1999 Feb;12(1):41-5.
53. Robinson AJ, Ridgway GL. Modern diagnosis and management of genital Chlamydia trachomatis infection. *Br J Hosp Med,* 1996, 55: 388-93
54. Herring A, Ballard R, Mabey D, Peeling RW; WHO/TDR Sexually Transmitted Diseases Diagnostics Initiative. Evaluation of rapid diagnostic tests: chlamydia and gonorrhoea. *Nat Rev Microbiol.* 2006 Dec;4(12 Suppl):S41-8.
55. Mahilum-Tapey, L., Laitila, V., Wawrzyniak, J. J., Alexander, S., Ison, C., Swain, A., Barber, P., Ushiro-Lumb, I. & Gih, B. T. (2007). New point of care Chlamydia Rapid Test--bridging the gap between diagnosis and treatment: performance evaluation study. *British Medical Journal* 335, 1190 - 1194. Epub 2007 Nov 30.
56. Ostergaard LJ, Andersen BS, Olesen F, Møller JK. Detection of Chlamydia trachomatis infection among young people. The effect of home-sampling and mailing the samples. *Ugeskr Laeger.* 1999 Aug 9;161 (32):4514-8. Danish.
57. Butylkina R, Juseviciute V, Kasparaviciene G, Vagoras A, Pagirskas E, Unemo M, Domeika M. Pooling of urine specimens allows accurate and cost-effective genetic detection of Chlamydia trachomatis in Lithuania and other low-resource countries. *Scand J Infect Dis.* 2007; 39 (3): 209-12.
58. Shipitsyna E, Shalepo K, Savicheva A, Unemo M, Domeika M. Pooling samples: the key to sensitive, specific and cost-effective genetic diagnosis of Chlamydia trachomatis in low-resource countries. *Acta Derm Venereol.* 2007;87(2):140-3
59. Ripa T, Nilsson PA. A Chlamydia trachomatis strain with a 377-bp deletion in the cryptic plasmid causing false-negative nucleic acid amplification tests. *Sex Transm Dis.* 2007 May;34(5):255-6.
60. Unemo M, Olcén P, Agné-Stadling I, Feldt A, Jurstrand M, Herrmann B, Persson K, Nilsson P, Ripa T, Fredlund H. Experiences with the new genetic variant of Chlamydia trachomatis in Örebro county, Sweden - proportion, characteristics and effective diagnostic solution in an emergent situation. *Euro Surveill.* 2007 Apr 1;12(4):E5-6
61. Savage EJ, Ison CA, van de Laar MJ; ESSTI network. Results of a Europe-wide investigation to assess the presence of a new variant of Chlamydia trachomatis. *Euro Surveill.* 2007 Oct 1;12(10):E3-4.
62. Morré S, Catsburg A., Dommelen L, Smelov V, Vries H.J.C. de, Savitcheva A., Domeika M., Herrmann B., Ouburg S., Hoebe CJPA, Nilsson A., Savelkoul PHM, Morre SA. TaqMan Assay for Swedish Chlamydia trachomatis Variant. *Emerging Infectious Diseases.* 2007, Vol. 13, No. 9, 1432-4 // Available at: [www.cdc.gov/eid](http://www.cdc.gov/eid) //
63. Shipitsyna E., Zolotoverkhaya E., Agne-Stadling I., Krysanova A., Savicheva A., Sokolovskiy E., Domeika M., Unemo M. First evaluation of six nucleic acid amplification tests (NAATs) widely used in the diagnosis of Chlamydia trachomatis in Russia. *JEADV,* 2008 (in press)

64. Little et al., 1999 SDA
65. Banoo S, Bell D, Bossuyt P, Herring A, Mabey D, Poole F, Smith PG, Sriram N, Wongsrichanalai C, Linke R, O'Brien R, Perkins M, Cunningham J, Matsoso P, Nathanson CM, Olliaro P, Peeling RW, Ramsay A; TDR Diagnostics Evaluation Expert Panel. Evaluation of diagnostic tests for infectious diseases: general principles. *Nat Rev Microbiol*. 2006 Dec;4(12 Suppl):S20-32.
66. Shalepo K, Savicheva A, Shipitsyna E, Unemo M, Domeika M. Diagnosis of Chlamydia trachomatis in Russia--in-house PCR assays may be effective but overall optimization and quality assurance are urgently needed. *APMIS*. 2006 Jul-Aug;114(7-8):500-7.
67. Tyagi S, Bratu DP, Kramer FR. Multicolor molecular beacons for allele discrimination. *Nat Biotechnol*. 1998 Jan;16(1):49-53
68. Peeling RW., Smith PG., Bossuyt PMM. A guide for diagnostic evaluations. *Nat Rev Microbiol*. 2006 Dec;4(12 Suppl):S 52-56.
69. Warford A., Cgernesky M., Peterson E. M., Gleaves C.A. Laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infections. Cumulative techniques and procedures in clinical microbiology. 19A. ASM Press, Washington, 1999, 18p.  
The web site [www.chlamydiae.com](http://www.chlamydiae.com) contains extensive reviews of chlamydial infections and their diagnosis, hyperlinked to the original literature.
70. Оссеваарде Дж. М. Новые методы диагностики и эпидемиологическое исследование инфекций, вызванных Chlamydia trachomatis/ЗППП. -1996 г. № 6.-С. 14-21
71. Шалепо К.В., Шипицина Е.В., Савичева А.М., Домейко М. Сравнение методов лабораторной диагностики урогенитальных инфекций, вызываемых Chlamydia trachomatis// Акушерство и женские болезни. – 2001 г. - № 4. – С. 8-11.
72. Дробченко С.Н., Носков Ф.С., Кальво А. Лабораторная диагностика хламидийной инфекции// IX Всерос. съезд дерматовенерологов – М., 2005 г Т. 2.- С.40.
73. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра.
74. European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections 2010.
75. Up To Date  
Prevention of genital herpes virus infections  
Anna Wald, MD, MPH
76. Literature review current through: Jun 2013. | This topic last updated: Jan 30, 2012.  
Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep* 2006; 55:1.
77. Forna F, Gülmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. *Cochrane Database of Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD000218. DOI: 1
78. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). National guideline for the management of bacterial vaginosis. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2012. 15 p. [43 references]0.1002/14651858.CD000218.
79. New York State Department of Health. Trichomoniasis. New York (NY): New York State Department of Health; 2012 Aug. 7 p. [27 references].