



Предупреждение передачи
ВИЧ от матери ребенку

Практическое руководство
по лечению инфекций,
передающихся
половым путем, у
ВИЧ-инфицированных
беременных

2-е издание



Предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку

Практическое
руководство
по лечению инфекций,
передающихся
половым путем, у
ВИЧ-инфицированных
беременных
2-е издание

Настоящее руководство было разработано медицинскими специалистами Украины для коллег, работающих в сходных условиях. Оно основано на самых современных данных о лечении ВИЧ-инфекции, имевшихся на момент его подготовки. Однако ВИЧ-медицина стремительно развивается, и информация может быстро устаревать. Мы рекомендуем пользователям сравнивать приводимые здесь данные с новейшей информацией, которую можно найти по адресу www.aidsknowledgehub.org и на других аналогичных сайтах, с учетом даты выпуска настоящего руководства. АМСЗ не несет ответственности за какие бы то ни было ошибки, пропуски и другие возможные проблемы, связанные с этой публикацией. Февраль 2005 г.



Руководство подготовлено при поддержке Бюро Европы и Евразии Агентства США по международному развитию (АМР США). Содержащиеся в нем материалы отражают мнения авторов, которые могут не совпадать с мнением АМР США.

Составители:

**Н. Н. Низова, д.м.н.,
профессор, Одесский
государственный
медицинский
университет**

**С. П. Посохова, к.м.н.,
доцент, Одесская
областная
клиническая больница**

**Под редакцией
академика
АМН Украины
В. Н. Запорожана**

**1-е издание,
Одесса 2002**

**2-е издание,
Одесса 2005**

Фотография на обложке:

Кэтрин Ютен.

Изображение матери и ребенка
предоставлено Барбарой
Комнес, Paine Inc.

Подготовлено к печати
агентством EnRus (www.enrus.ru),
Москва.

С 1992 года Американский международный союз здравоохранения (АМСЗ) организовал более 100 программ прямого двустороннего партнерства на добровольных началах между учреждениями здравоохранения США и аналогичными организациями стран Центральной и Восточной Европы и Евразии. В партнерства АМСЗ вошли сотни учреждений здравоохранения, учебных заведений и сообществ; в партнерских программах участвуют тысячи специалистов, работающих в сферах охраны здоровья и образования. Именно с помощью АМСЗ системе здравоохранения США удается эффективно и координированно содействовать странам Центральной и Восточной Европы и Евразии в решении местных проблем здравоохранения. АМСЗ также финансирует различные мероприятия по поддержке и сотрудничеству, включая проведение конференций и семинаров, создание многоязычной медицинской информационной службы в Интернете. Об активном участии частных и государственных организаций в общем деле ярко свидетельствует тот факт, что на каждый доллар, выделенный правительством США на поддержку партнерских программ, сектор здравоохранения США вкладывает различных ресурсов на сумму более доллара.

Прямые двусторонние партнерства АМСЗ в значительной мере способствовали проведению реформ в сфере здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы и Евразии. В частности, партнерства АМСЗ:

- 1) внесли большой вклад в реструктуризацию системы оказания медицинской помощи на государственном, областном и городском уровнях, ими созданы региональные сети перинатологических служб и служб неотложной помощи, реорганизованы системы предоставления основных видов амбулаторной и стационарной помощи на уровне отдельных учреждений и медицинских объединений, внедрены новые виды помощи, такие как сестринский уход на дому и хоспис;
- 2) создали сеть из более чем 25 независимых центров здоровья женщин, которые предоставляют комплексное медицинское обслуживание, ориентированное на особые потребности женщин;
- 3) внесли вклад в реорганизацию и усовершенствование медицинского образования, разработав первые учебные программы для ординатуры по подготовке семейных врачей и других специалистов, оказывающих первичную медицинскую помощь;
- 4) помогли создать в регионе первые учебные заведения по подготовке специалистов в сферах управления здравоохранением и общественного здравоохранения, участвовали в составлении соответствующих учебных программ;
- 5) создали новые учебные центры повышения квалификации, в которых врачи, фельдшеры, медсестры и организаторы здравоохранения могут приобрести необходимые практические

навыки, в частности, ввели в действие первые региональные программы по обучению основам неотложной помощи, мерам по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, основам инфекционного контроля и реанимации новорожденных;

6) открыли более 23 показательных центров первичной медицинской помощи, которые предоставляют высококачественное комплексное медицинское обслуживание и при поддержке местного сообщества проводят программы, направленные на укрепление здоровья населения;

7) создали ряд успешно действующих партнерств в рамках программы «здоровые сообщества/здоровые города», которые помогают сообществам решать актуальные для них проблемы здравоохранения и социальной защиты;

8) открыли более 130 центров учебных ресурсов, которые способствуют внедрению принципов научно обоснованной медицины в клиническую практику и оказывают содействие работе десятков медсестринских и других ассоциаций, созданных с целью стимулирования профессионального развития и поддержки реформ в сфере здравоохранения;

9) создали ряд успешно действующих комплексных программ, которые направлены на решение конкретных проблем охраны здоровья (туберкулез, сердечно-сосудистые заболевания, насилие в семье, посттравматический стрессовый синдром, диабет, астма, риск передачи ВИЧ от матери ребенку) и осуществляются при активном участии местных сообществ.

АМСЗ действует на основании договоров о сотрудничестве с Агентством по международному развитию (АМР США) — правительственным учреждением США, финансирующим программы и проекты, которые способствуют широкому и устойчивому экономическому росту во всем мире — и с Управлением ресурсов и служб здравоохранения (HRSA) Министерства здравоохранения и социальных служб США. Дополнительная финансовая поддержка предоставляется Министерством энергетики США, Центром «Открытый мир» при Библиотеке Конгресса США и различными фондами. (Февраль 2005 г.)

Региональный показательный проект АМСЗ по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку в Одессе, Украина

В странах Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) и Евразии наблюдается самое быстрое распространение ВИЧ-инфекции в мире. Общее число ВИЧ-инфицированных в регионе достигло 1,5 миллионов¹. Число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, здесь пока еще относительно невелико, однако две трети зарегистрированных случаев приходится на Украину², население которой на конец 2002 года составило 48,0 млн человек³. Согласно данным ЮНЭЙДС, в этой стране показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди взрослого населения приближается к 1%⁴. По сравнению с 2000 годом, в 2002 году в Украине число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, увеличилось почти на 90% (в 2000 году таких детей зарегистрировано 737, а в 2002 году — 1379)⁵. Доля ВИЧ-инфицированных беременных также стремительно растет и в некоторых районах уже превысила 0,4%⁶.

Один из самых высоких в стране показателей распространенности ВИЧ-инфекции наблюдается в Одесской области (361,3 случая на

100 000 жителей⁷), за последние три года здесь значительно возросло число детей, инфицированных ВИЧ в перинатальном периоде: количество родов ВИЧ-инфицированных женщин увеличилось с 0,8 процента в 2001 году до 1,0 процента в 2003 году⁸. Для сравнения: в 2001 году по Украине в целом положительный ВИЧ-статус был выявлен у 0,4 процента беременных, в 2002 году — у 0,5 процента⁹.

Откликаясь на эту насущную проблему общественного здравоохранения, АМСЗ в 2001 году начал работу в Одессе над пилотным проектом по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР). Этот проект осуществляется при поддержке АМР США. Проект АМСЗ является частью более широкой программы действий, предпринимаемых международным донорским сообществом, в которое входят ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, организация «Врачи без границ» (MSF), совместно с украинскими государственными органами и неправительственными организациями. Так, организация «Врачи без границ» поставляет для одесских женщин антиретровирусные препараты и детские молочные смеси (средства, необходимые для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку), а АМСЗ тесно сотрудничает с ней, предоставляя одесским медицинским учреждениям необходимую техническую поддержку и обеспечивая подготовку медицинских кадров.

В 2003 году Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) и АМСЗ совместными усилиями основали независимый неправительственный Региональный учебно-информационный центр по проблемам помощи и лечения при ВИЧ/СПИДе в Евразии. Созданный на средства, предоставленные Германским обществом технического сотрудничества (GTZ) и АМР США, Учебно-информационный центр служит важнейшим механизмом формирования ресурсов для достижения поставленной ВОЗ цели — обеспечить 3 миллиона человек в мире антиретровирусной терапией к 2005 году (“3 к 5”).

Разместившийся в Украине на территории Киевской медицинской академии последипломного образования Учебно-информационный центр тесно сотрудничает с Украинским центром профилактики и борьбы со СПИДом. Его главная задача — формирование кадрового потенциала, необходимого для оказания помощи ВИЧ-инфицированным, путем повышения квалификации медицинских специалистов, подготовки преподавательских кадров и создания обширного фонда научно обоснованных ресурсов и информационных материалов.

Решая задачу по созданию кадров хорошо обученных, компетентных, высококвалифицированных специалистов, которые будут работать в тесном сотрудничестве с местными органи-

зациями, занимающимися оказанием помощи и социальной поддержки ВИЧ-инфицированным, Учебно-информационный центр станет одним из звеньев сети, в которую входят международные эксперты, два других подобных центра (один — по проблемам снижения вреда, другой — по вопросам второго поколения эпидемиологического надзора) и группа стратегических партнеров, в том числе «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW), Международная ассоциация врачей по проблемам ВИЧ/СПИДа (IAPAS) и Фонд медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом/AIDS Healthcare Foundation – Global Immunity (AHF-GI).

Основная цель проекта АМСЗ в Одессе — преобразовать деятельность системы здравоохранения и лечебных учреждений Украины в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа. Проект АМСЗ направлен на:

- ▮ реорганизацию и укрепление системы медицинского обслуживания, в результате чего меры по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку будут включены в систему акушерской, педиатрической помощи и новую систему первичной медицинской помощи, основанную на принципах семейной медицины;
- ▮ пересмотр схем лечения с позиций их научной обоснованности и эффективности

Предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку

ности в меняющихся социальных и экономических условиях;

- ▮ разработку учебных материалов и программ для медицинских работников в таких важных областях, как консультирование, акушерство, гигиена труда, здоровье женщин, педиатрическая помощь и планирование семьи.

При разработке этого проекта учитывался более чем десятилетний опыт успешного осуществления программ АМСЗ в Украине в целом и непосредственно в Одессе.

Действуя в сотрудничестве с АМР США, АМСЗ реализует одесский проект по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку, опираясь на собственную методологию прямых двусторонних партнерств и помощь специалистов. В рамках полученного от АМСЗ гранта ведущими партнерами с американской стороны выступают муниципальная больница Боулдера и сотрудничающие с ней учреждения, в том числе Центр медицинских наук Колорадского университета и Денверская детская больница. Эти партнеры, работая в тесном сотрудничестве с коллегами из Одесского областного управления здравоохранения, Одесского государственного медицинского университета и Одесской областной больницы — одной из самых больших больниц в регионе, — занимаются подготовкой кадров

Лечение инфекций, передающихся половым путем, у ВИЧ-инфицированных беременных

и созданием потенциала для реализации показательного проекта. Кроме того, АМСЗ привлекает в качестве экспертов отдельных медицинских специалистов и ведущие государственные учреждения США.

До сих пор обучение было направлено на повышение квалификации медицинских работников Одессы в сферах акушерства и гинекологии, неонатологии, консультирования и разработки клинических рекомендаций в соответствующих областях. В будущем эти важнейшие направления будут по-прежнему занимать главное место в обучении, однако дополнительное внимание будет уделено сестринскому делу, педиатрии, лабораторным службам, а также созданию системы высококачественной первичной помощи для матери и ребенка.

Как и в других партнерских программах АМСЗ, американские партнерские учреждения и медицинские работники, принимающие участие в украинском проекте по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку, предоставляют свою помощь на добровольной основе, вкладывая свой труд и иные ресурсы, такие как средства основной защиты от инфицирования на рабочем месте и другие необходимые материалы. При этом объем добровольных вложений не уступает объему финансирования, предоставляемого правительством США.

Предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку

В результате согласованных усилий АМСЗ и других организаций Одесская областная больница смогла быстро добиться значительных успехов в предупреждении передачи ВИЧ от матери ребенку. Предварительные результаты на конец 2002 года показали, что частота передачи ВИЧ от матери ребенку сократилась на 75%¹⁰. Проект АМСЗ уже доказал свою эффективность — частота передачи ВИЧ от матери ребенку сократилась именно среди женщин, получивших помощь в рамках проекта. Теперь ключевой задачей проекта становится систематическое выявление в городе и области всех женщин, принадлежащих к группе риска. Этим женщинам обеспечивается консультирование по вопросам планирования семьи и дородовое наблюдение, а также предоставляется комплексная медицинская помощь во время родов и в послеродовом периоде. Участники проекта также стремятся обеспечить всех ВИЧ-инфицированных женщин и их детей помощью семейных врачей и, при необходимости, специализированной медицинской помощью.

В 2003 году АМСЗ создал в Одессе Южноукраинский образовательный центр по проблемам СПИДа (ЮУОЦС) для распространения модели ППМР путем проведения практического и методологического обучения. В настоящее время ЮУОЦС выполняет функции региональной учебной базы Учебно-информационного центра, проводя подготовку в области профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и детского СПИДа.

Лечение инфекций, передающихся половым путем, у ВИЧ-инфицированных беременных

Предварительные результаты на конец 2002 года показали, что частота передачи ВИЧ от матери ребенку сократилась на 75%.

Общая цель регионального показательного проекта АМСЗ по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку — разработать материалы, пригодные для использования во всем регионе. Одним из основных результатов проекта станет создание практических материалов, а важнейшим компонентом рабочего плана проекта является сотрудничество и достижение согласованности действий с Министерством здравоохранения Украины и другими организациями. Практические материалы, к числу которых относится и настоящее руководство, разрабатываются в условиях сотрудничества, в ходе которого проекты материалов, подготовленные украинскими авторами, направляются американским коллегам на рецензирование. Все материалы выходят как на английском, так и на русском языках.

Другие материалы и дополнительные сведения о показательном проекте по ППМР, Региональном учебно-информационном центре по проблемам помощи и лечения при ВИЧ/СПИДе в Евразии, АМР США, программах партнерств АМСЗ и созданном им при финансовой поддержке HRSA Центре прямого двустороннего сотрудничества в области борьбы против ВИЧ/СПИДа в Африке, Азии и странах Карибского бассейна можно найти на сайте www.aifa.com. Дополнительную информацию о Региональном учебно-информационном центре по проблемам помощи и лечения при ВИЧ/СПИДе в Евразии можно найти на сайте www.aidsknowledgehub.org. (Июль 2004 г.)

Литература

1. AIDS Epidemic Update. December 2003. UNAIDS/WHO, 2003. [Доклад ЮНЭЙДС/ВОЗ «Развитие эпидемии СПИДа», декабрь 2003 г.]
2. Р.Н. Малюта. ВИЧ-инфекция среди женщин и детей. Обзор развития эпидемии в Европе и странах СНГ. Европейская стратегия по профилактике ВИЧ инфекции среди детей. Европейское бюро ВОЗ. Презентация. Май 2003 г.
3. Межгосударственный статистический комитет СНГ, 2003 г.
4. Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. UNAIDS, 2002. [Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. ЮНЭЙДС, 2002 г.]
5. Р.А. Моисеенко. Исполнение Национальной программы «Репродуктивное здоровье 2001–2003». Доклад на совещании по мониторингу и оценке программы профилактики вертикальной трансмиссии в Украине, апрель 2003 г., Киев, Украина. На укр. языке.
6. Р.А. Моисеенко. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку в Украине. Доклад на региональной конференции для стран Восточной Европы и Центральной Азии “Уход, поддержка и лечение для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом”, ноябрь 2002 г., Украина.
7. Отчеты Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом, 2003 г.
8. Годовые отчеты Одесского областного центра СПИДа, 2001–2003 гг.
9. Организация системы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в Украине, Министерство здравоохранения Украины, 2003 г.
10. Организация системы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в Украине: общий обзор. Министерство здравоохранения Украины. Обзорное совещание: профилактика ВИЧ-инфекции у грудных детей, Киев, Украина, 16–18 сентября 2003 г.

Благодарности

Авторы выражают благодарность за рецензию первого издания данного руководства:

- Джил К. Девис, доценту кафедры патологии плода факультета акушерства и гинекологии Медицинской школы Колорадского университета, Денвер, штат Колорадо;
- Кэй Кинзи, медицинской сестре, координатору оказания дородовой помощи, Денверская детская больница, Денвер, штат Колорадо;
- Лори Лиск, медицинской сестре, магистру, директору служб женской и семейной медицины в муниципальной больнице Боулдера, Боулдер, штат Колорадо;
- Чарльзу Стейнбергу, директору клиники Бэкон, муниципальная больница Боулдера, Боулдер, штат Колорадо;
- Мери Максалке, врачу, муниципальная больница Боулдера, Боулдер, штат Колорадо.

Авторы также выражают благодарность Барбаре Фишер, вице-президенту муниципальной больницы Боулдера, за ее вклад в данный проект.

Содержание

Предисловие	i
Термины и определения	iii
Список сокращений	ix
Глава 1. Введение и общие положения	1
<i>Классификация инфекций, передающихся половым путем</i>	2
Цель и область применения руководства	4
Глава 2. Лечение ИППП у ВИЧ-инфицированных беременных	
Алгоритмы лечения	7
<i>Кандидозный вульвовагинит</i>	8
<i>Бактериальный вагиноз</i>	9
<i>Герпес половых органов</i>	11
<i>Остроконечные кондиломы</i>	15
<i>Сифилис</i>	17
<i>Гонорея</i>	20
<i>Хламидиоз</i>	22
<i>Уреаплазмоз</i>	23
<i>Трихомоноз</i>	25
<i>Цитомегаловирусная инфекция</i>	26
<i>Токсоплазмоз</i>	29
<i>Гепатит В</i>	33

Содержание

Гепатит С	35
Обеспечение лечения и вторичной профилактики	36
Список цитированной литературы	39

Предисловие

Практическое руководство по профилактике и лечению инфекций, передающихся половым путем (ИППП), у ВИЧ-инфицированных беременных разработано сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии Одесского государственного медицинского университета и Одесской областной клинической больницы на основе собственного опыта, данных мировой литературы и мировых стандартов оказания медицинской помощи и профилактики инфекций, передающихся половым путем, у беременных.

В основу руководства положены последние рекомендации Министерства здравоохранения и социальных служб США, Центров контроля и профилактики заболеваний США и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), адаптированные к условиям Украины¹⁻⁴.

Руководство содержит новую информацию о современных принципах диагностики и лечения ИППП у ВИЧ-инфицированной женщины во время беременности, а также рекомендации по предупреждению передачи ИППП.

Информация часто представлена в виде блок-схем, удобных для восприятия.

Руководство предназначено для акушеров-гинекологов, оказывающих стационарную и амбулаторную помощь, сотрудников центров здоровья женщин и центров профилактики и борьбы со СПИДом, врачей-инфекционистов, акушеров и медицинских сестер, работающих в сфере охраны материнства и детства.

Литература

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases [Руководство по лечению заболеваний, передающихся половым путем, 1998 г.], MMWR 47 (RR-1), 1998.
2. WHO/UNAIDS, Sexually Transmitted Diseases: Policies and Principles for Prevention and Care [Заболевания, передающиеся половым путем: основные принципы профилактики и лечения].
3. Центры здоровья женщин. Справочное пособие. АМСЗ, 1998 г.
4. Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам. Под редакцией Джин Р. Андерсон, версия 2001 г., издание АМСЗ на русском языке, 2003 г.

Термины и определения

ВИЧ-статус:

- **ВИЧ-инфицированный** — человек, который инфицирован ВИЧ, о чем он может не знать.
- **Неопределенный** инфекционный статус означает, что данный человек не проходил обследование на ВИЧ, или результат обследования на ВИЧ неизвестен, или получен положительный результат в экспресс-тесте на ВИЧ.
- **Отрицательный** ВИЧ-статус означает, что у данного человека получены отрицательные результаты обследования на ВИЧ, и он знает об этом (если это ребенок, то его родители проинформированы об этом).
- **Положительный** ВИЧ-статус означает, что у данного человека получены положительные результаты скрининговых и подтверждающих диагнозов ВИЧ-инфекции исследований, и он знает о своем диагнозе ВИЧ-инфекции (если это ребенок, то его родители проинформированы об этом).

Внематочная беременность — беременность за пределами полости матки (обычно в фаллопиевых трубах); угрожающее жизни состояние, которое может привести к профузному внутреннему кровотечению.

Воспалительное заболевание органов малого таза

— воспалительный процесс в малом тазу, распространяющийся на матку, фаллопиевы трубы и яичники; обычно является осложнением гонореи, хламидиоза или анаэробной инфекции.

Врожденный сифилис — сифилис, передавшийся от матери плоду.

Герпес — заболевание, вызванное вирусом простого герпеса, при котором на коже и слизистых образуются пузырьки, эрозии и язвочки.

Гонорея — ИППП, возбудителем которой является *Neisseria gonorrhoeae*; распространенная причина патологических выделений из уретры или влагалища (а также из глаз у новорожденных).

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) — инфекции, которые передаются при половом контакте.

Информированное согласие на прохождение тестирования на ВИЧ — разрешение на проведение тестирования на ВИЧ, которое пациент дает медицинскому работнику. Информированное согласие удостоверяет, что пациент принял добровольное осознанное решение, располагая для этого всей существенной информацией. Под существенной информацией понимается любая информация, которую пациент считает важной, в частности,

информация о рисках и преимуществах, связанных с прохождением тестирования, о практических последствиях отказа от тестирования и об имеющихся возможностях в связи с тестированием. Только после сообщения пациенту всей существенной информации и предоставления ему таким образом возможности рассмотреть имеющиеся варианты может быть сделан информированный выбор. Получение информированного согласия крайне важно, поскольку ВИЧ-инфекция представляет собой угрожающее жизни заболевание, которое может привести к опасным для пациента последствиям. (Определение взято из документа “*Increasing Access to Knowledge of HIV Status: Conclusions of a WHO Consultation, Dec. 3–4, 2001.*”)

Консультирование — конфиденциальная беседа между консультантом и клиентом с целью предоставления последнему психологической и информационной поддержки. Консультирование помогает выработать навыки преодоления трудностей при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами и обеспечивает клиенту необходимую информацию для принятия важных решений. Являясь составной частью профилактики заражения ВИЧ, консультирование призвано формировать у консультируемого чувство ответственности за свое поведение и при необходимости побуждать его к изменению образа жизни на менее рискованный.

Консультирование и тестирование (КиТ) по поводу ВИЧ-инфекции — процедура, позволяющая пациентам выяснить, инфицированы ли они ВИЧ, понять, какое это имеет значение для их дальнейшей жизни, и впоследствии принимать различные решения, располагая более полной информацией о своем диагнозе. В процессе тестирования на ВИЧ кровь или другая биологическая жидкость проверяется на наличие антител к ВИЧ или антигенов этого вируса. Тестирование на ВИЧ должно быть строго добровольным и проводиться только при условии получения информированного согласия пациента. Консультирование, сопровождающее тестирование на ВИЧ, — это конфиденциальные встречи пациента с консультантом, которые позволяют пациенту определить уровень своих знаний о ВИЧ-инфекции и оценить свое поведение с точки зрения риска заражения и передачи ВИЧ, помогают ему принять решение о прохождении тестирования и обеспечивают психологическую поддержку при получении результата тестирования. Термины «тестирование и консультирование по поводу ВИЧ-инфекции», «добровольное консультирование и тестирование» (ДКТ) и «добровольное и конфиденциальное консультирование и тестирование» (ДККТ) являются синонимами. (Определение взято из документа “*Increasing Access to Knowledge of HIV Status: Conclusions of a WHO Consultation, Dec. 3–4, 2001.*”)

Конъюнктивит — воспаление конъюнктивы (слизистой оболочки глаз и век).

Мягкий шанкр — ИППП, вызываемая *Haemophilus ducreyi* и характеризующаяся образованием язв гениталий.

Офтальмия новорожденных — конъюнктивит у младенцев младше месяца; основные возбудители — *Neisseria gonorrhoeae* и хламидии.

Передача ВИЧ от матери ребенку (ПМР) — в настоящем руководстве под этим термином подразумевается передача ВИЧ от ВИЧ-инфицированной женщины ее ребенку во время беременности, родов или кормления грудью. Женщина может заразиться ВИЧ при незащищенном половом контакте с ВИЧ-инфицированным партнером, переливании инфицированной крови, контакте с нестерильным инструментарием или во время медицинской процедуры. Она может не знать свой ВИЧ-статус. В любом случае термин ПМР не несет в себе оттенка осуждения.

Синдром — совокупность субъективных и объективных признаков заболевания (симптомов) с общим патогенезом.

Сифилис — ИППП, возбудителем которой является *Treponema pallidum*; одна из причин образования язв гениталий (твердого шанкра).

Трихомоноз — ИППП, возбудителем которой является *Trichomonas vaginalis*; одна из причин патологических выделений из влагалища.

Хламидиоз — инфекция, вызванная хламидиями, чаще всего — *Chlamydia trachomatis*; одна из причин патологических выделений из влагалища, уретры, а также из глаз новорожденных.

Эпидидимит — воспаление придатка яичка, обычно наблюдается при гонорее или хламидиозе.

Язвы гениталий — синдром, при котором в области половых органов появляются язвы или эрозии; обычно наблюдается при сифилисе и мягком шанкре.

Список сокращений

HBsAg — поверхностный антиген вируса гепатита В

БВ — бактериальный вагиноз

ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ВПГ — вирус простого герпеса

ВПЧ — вирус папилломы человека

ГВ — гепатит В

ГС — гепатит С

ИППП — инфекции, передающиеся половым путем

ПЦР — полимеразная цепная реакция

СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита

ТБ — туберкулез

ЮНЭЙДС — Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

Глава 1. Введение и общие положения

В последние годы представления о ИППП и отношение к ним в значительной степени меняются. Это происходит в связи с переменами в половом поведении и практике применения противозачаточных средств, быстрым ростом численности молодежи, ведущей половую жизнь (особенно в развивающихся странах), урбанизацией, другими социальными, медицинскими и демографическими факторами. Одновременно в странах Восточной Европы, в том числе в Украине (особенно в Одессе), чрезвычайно быстро растет заболеваемость ИППП. Обусловлено это явление серьезными социальными и экономическими преобразованиями. Переход к рыночной экономике сопровождался падением уровня доходов населения и массовыми сокращениями рабочих мест, что привело к распространению безработицы, секс-бизнеса и наркомании. Резкому скачку заболеваемости ИППП в Восточной Европе способствовали также международный туризм, изменения возрастной структуры населения, меняющееся отношение к сексу и секс-бизнесу, появление устойчивых к антибиотикам штаммов возбудителей.

Классификация инфекций, передающихся половым путем

Классические ИППП

Наименование заболевания	Возбудитель
Сифилис	<i>Treponema pallidum</i>
Гонорея	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Мягкий шанкр (шанкроид)	<i>Haemophilus ducreyi</i>
Венерическая лимфогранулема	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Венерическая гранулема (паховая гранулема, донованоз)	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>

ИППП с преимущественным поражением половых органов

Наименование заболевания	Возбудитель
Хламидиоз половых органов	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Трихомоноз	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Кандидозный вульвовагинит	<i>Candida albicans</i>
Микоплазмоз	<i>Mycoplasma hominis</i>
Герпес половых органов	Вирус простого герпеса (чаще 2 типа)
Остроконечные кондиломы	Вирус папилломы человека
Контагиозный моллюск	Вирус контагиозного моллюска (семейство поксвирусов)
Бактериальный вагиноз	<i>Gardnerella vaginalis</i> (и другие)
Шигеллезный вульвовагинит	<i>Shigella</i> spp.
Фтириаз (лобковый педикулез)	<i>Phthirus pubis</i>
Чесотка	<i>Sarcoptes scabiei</i>

ИППП с преимущественным поражением других органов

Наименование заболевания	Возбудитель
Синдром приобретенного иммунодефицита	ВИЧ
Гепатит В, гепатит С	Вирус гепатита В, вирус гепатита С
Цитомегаловирусная инфекция	Цитомегаловирус
Амебиоз	<i>Entamoeba histolytica</i>
Лямблиоз	<i>Lambliа intestinalis</i>
Токсоплазмоз	<i>Toxoplasma gondii</i>

Источник: Предупреждение трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку. Учебный модуль. Министерство здравоохранения Украины, ЮНИСЕФ. Киев, 2001 г.

Особого внимания рост заболеваемости ИППП заслуживает прежде всего потому, что ИППП тесно связаны с ВИЧ-инфекцией. Доказано, что на фоне ИППП значительно повышен риск заражения ВИЧ, поскольку ИППП приводят к повреждению эпителия и воспалению слизистой половых органов.

В настоящее время насчитывается более 20 ИППП (см. таблицу). Они характеризуются высокой контагиозностью и сравнительно быстрым распространением в определенных группах населения¹.

Инфекционные вагиниты и вульвовагиниты — самые распространенные в гинекологической практике заболевания. Их типичный симптом — обильные выделения из половых путей. Чаще других встречаются бактериальные и кандидозные вульвовагиниты (так называемые дисбиозы), а также хламидийные и трихомонозные. Все они значительно повышают риск заражения ВИЧ при гетеросексуальных контактах.

Сегодня известно, что в определенных условиях представители нормальной микрофлоры женских половых путей становятся патогенными. Состояние микроэкосистемы влагалища зависит от деятельности иммунной и эндокринной систем, особенностей обменных процессов, некоторых факторов окружающей среды. Соответственно, изменение любого из

этих факторов чревато нарушением баланса микроэкосистемы влагалища и, соответственно, повышенным риском инфицирования. К факторам, нарушающим равновесие микроэкосистемы, относятся:

- ▮ физиологические и возрастные изменения, такие как беременность и менопауза;
- ▮ эндокринные заболевания (сахарный диабет, ожирение, гипотиреоз);
- ▮ длительная антибактериальная или иммуносупрессивная терапия;
- ▮ длительное использование гормональных контрацептивов.

Цель и область применения руководства

Цель разработки руководства — снижение заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, и улучшение системы оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным в Одессе и Одесской области.

Соблюдение рекомендаций данного руководства в службах амбулаторной, кожно-венерологической и дородовой помощи позволит осуществлять важные лечебно-профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости ИППП и предотвращение передачи ВИЧ.

В руководстве изложена тактика лечения ИППП у ВИЧ-инфицированных беременных. Оно предназначено для акушеров-гинекологов, акушерок, семейных врачей, венерологов, дерматологов, а также инфекционистов.

Глава 2. Лечение ИППП у ВИЧ-инфицированных беременных

Алгоритмы лечения²

Согласно недавно опубликованному руководству по лечению ВИЧ-инфекции у женщин, подготовленному Министерством здравоохранения и социальных служб США, как ВИЧ-инфекция, так и беременность могут влиять на естественное течение, клинические проявления, лечение и значимость определенных инфекций, а они, в свою очередь, могут вызывать осложнения беременности или перинатальную инфекцию. Приведенные алгоритмы и особенности тактики лечения основаны на рекомендациях из упомянутого руководства, адаптированных к условиям Украины.

Кандидозный вульвовагинит

Во время беременности колонизация половых путей дрожжевыми грибами рода *Candida* и частота вызываемых ими клинически выраженных инфекций возрастают. На фоне ВИЧ-инфекции, особенно при нарушении функции иммунной системы, колонизация организма грибами рода *Candida* и риск кандидоза также повышены. Поэтому беременные ВИЧ-инфицированные женщины особенно восприимчивы к кандидозу.

Клинические проявления: зуд (от умеренного до мучительного), творожистые белые выделения, кольпит и эрозивный вульвит. Диагноз ставят на основании клинической картины и данных микробиологического исследования. Для лечения кандидоза во время беременности можно использовать только местные препараты группы



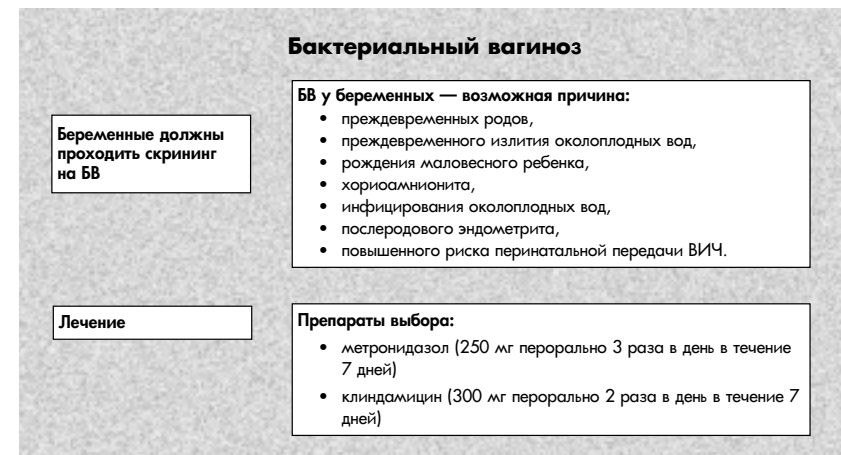
Лечение ИППП у ВИЧ-инфицированных беременных

азолов. Курс лечения должен составлять не менее 7 дней. На фоне системной антибиотикотерапии, особенно препаратами широкого спектра действия, необходима профилактика кандидоза местными противогрибковыми средствами.

Бактериальный вагиноз

Бактериальный вагиноз у беременных — возможная причина различных осложнений: преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, рождения маловесного ребенка, хориоамнионита, инфицирования околоплодных вод, послеродового эндометрита. Кроме того, на фоне бактериального вагиноза, по-видимому, увеличен риск перинатальной передачи ВИЧ.

Основной клинический признак бактериального вагиноза — обильные серые или белые

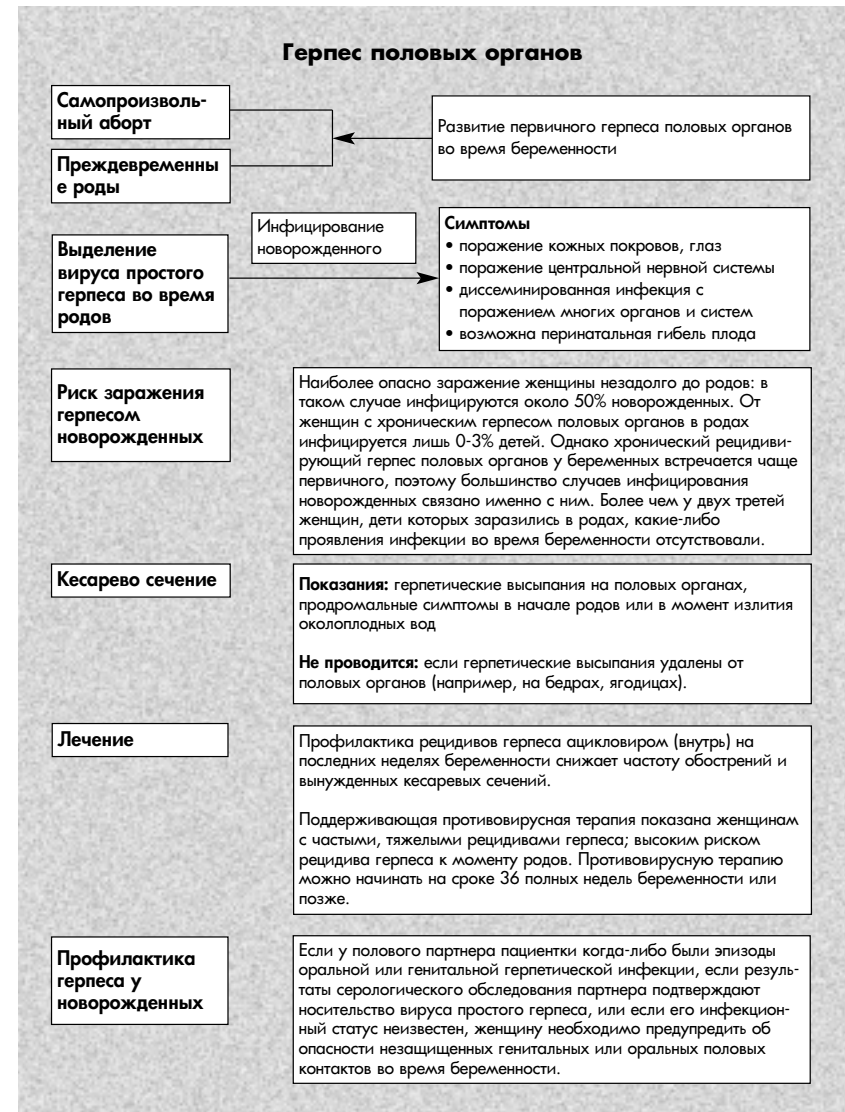


выделения с характерным «рыбным» запахом. Основания для диагноза: клиническая картина, положительная проба с 10% гидроксидом калия (усиление запаха при смешивании капли выделений с 10% раствором КОН), pH выделений более 4,5, в нативном мазке выделений — большое количество «ключевых клеток» (эпителиальных клеток, покрытых бактериями). Установлено, что при бактериальном вагинозе риск преждевременных родов можно снизить только лечение системными препаратами. Препараты выбора — метронидазол (250 мг перорально 3 раза в день в течение 7 дней) и клиндамицин (300 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней).

Следует учесть, что в большинстве случаев бактериальный вагиноз протекает бессимптомно, поэтому беременным необходимо регулярно проводить скрининговые обследования на него, а при его выявлении назначать соответствующее лечение. Исследования не обнаружили связи между приемом метронидазола в I триместре беременности и риском аномалий плода.

Герпес половых органов

Развитие первого эпизода первичного герпеса половых органов во время беременности повышает риск спонтанного аборта и преждевременных родов. Врожденная герпетическая инфекция встречается нечасто, но выделение матерью вируса простого герпеса во время



родов чревато инфицированием новорожденного, что почти всегда приводит к развитию инфекции с поражением кожи, глаз, центральной нервной системы или диссеминированной инфекции с вовлечением многих органов и систем, которая часто заканчивается смертью ребенка. Риск инфицирования новорожденного особенно высок, если мать заразилась во время беременности. Наиболее опасно заражение женщины незадолго до родов: в таком случае инфицируются около 50% новорожденных. От женщин с хроническим герпесом половых органов в родах инфицируется лишь 0-3% детей.

Однако хронический рецидивирующий герпес половых органов у беременных встречается чаще первичного, поэтому именно с ним связано большинство случаев инфицирования новорожденных. Более чем у двух третей женщин, дети которых заразились в родах, какие-либо проявления инфекции во время беременности отсутствовали, и только треть женщин (либо их половых партнеров) отмечали у себя эпизоды герпетических высыпаний ранее.

Большинство случаев инфицирования новорожденных происходит во время физиологических родов, поэтому наличие герпетических высыпаний на половых органах, продромальные симптомы в начале родов или в момент излития околоплодных вод служат показаниями к кесареву сечению. Если же герпетические

высыпания удалены от половых органов (например, на бедрах, ягодицах), кесарево сечение не проводят.

На фоне ВИЧ-инфекции, особенно при СПИДе, концентрация вируса простого герпеса в выделениях половых путей возрастает. В таких случаях обострения герпеса половых органов учащаются, протекают тяжелее и длительнее. Небеременным ВИЧ-инфицированным часто требуются более высокие дозы или более длительный курс лечения противовирусными препаратами, при этом специфическая противовирусная терапия обычно эффективна. У ВИЧ-инфицированных беременных герпес половых органов часто вызван вирусом простого герпеса 2 типа, и обострения инфекции к моменту родов встречаются чаще.

У беременных первый эпизод первичного герпеса половых органов, особенно возникший в конце беременности, лечат противовирусными средствами. Доказано, что на последних неделях беременности профилактика рецидивов герпеса ацикловиром (внутрь) снижает частоту обострений и вынужденных кесаревых сечений (статистическая значимость не установлена). Поддерживающая противовирусная терапия показана женщинам с частыми, тяжелыми рецидивами герпеса; высоким риском рецидива герпеса к моменту родов. Противовирусную терапию можно начинать на сроке 36 полных недель беременности.

Доказательства повышенного риска аномалий плода и других неблагоприятных исходов беременности в результате приема ацикловира пока отсутствуют.

Профилактика герпеса у новорожденных, помимо прочего, подразумевает профилактику заражения герпесом среди беременных, восприимчивых к этой инфекции. Если у полового партнера пациентки когда-либо были эпизоды оральной или генитальной герпетической инфекции, если результаты серологического обследования партнера подтверждают носительство вируса простого герпеса, или если его инфекционный статус неизвестен, женщину необходимо предупредить об опасности незащищенных генитальных или оральных половых контактов во время беременности.

Остроконечные кондиломы

Во время беременности остроконечные кондиломы (одиночные или множественные безболезненные выросты, напоминающие соцветия цветной капусты) увеличиваются и становятся рыхлыми. В некоторых случаях они даже вызывают механическую обструкцию родовых путей. Заражение ребенка происходит в родах контактным путем и чревато папилломатозом гортани. В то же время, недавнее исследование показало, что риск перинатальной передачи вируса папилломы человека незначителен. Среди ВИЧ-инфицированных частота остроконечных кондилом, как и прочих папилломавирусных инфекций,

Остроконечные кондиломы

Во время беременности остроконечные кондиломы увеличиваются и становятся рыхлыми. Способны вызвать механическую обструкцию родовых путей.

Лечение	Подofilлин, подофиллотоксин, имиквимод беременным противопоказаны .
	Удаление остроконечных кондилом проводят с помощью криодеструкции, монополярной электрокоагуляции, лазерной терапии.
Роды	Сегодня кесарево сечение для профилактики заражения новорожденного не предлагают; оно показано в редких случаях — при массивных кондиломах, которые закупоривают родовые пути.

повышена, что объясняется сниженным иммунитетом. Подофиллин, подофиллотоксин, имиквимод беременным противопоказаны. Женщинам с очень большими или множественными остроконечными кондиломами предлагают криодеструкцию, монополярную электрокоагуляцию, лазерную терапию. Сегодня кесарево сечение для профилактики заражения новорожденного не предлагают; оно показано в редких случаях — при массивных кондиломах, которые закупоривают родовые пути.

Сифилис

Сифилис часто встречается среди ВИЧ-инфицированных. На фоне ВИЧ-инфекции клинические проявления сифилиса и результаты серологических тестов могут меняться, наличие ВИЧ-инфекции влияет и на тактику лечения

сифилиса. Беременность не меняет клинические проявления сифилиса, но в отсутствие лечения первичного или вторичного сифилиса происходит заражение плода, что в 50% случаев приводит к преждевременным родам, рождению мертвого плода или смерти новорожденного. Даже на более поздних стадиях сифилиса частота неблагоприятных исходов беременности возрастает, хотя вероятность инфицирования и тяжесть течения сифилиса у плода с увеличением продолжительности нелеченной инфекции у матери снижаются.

Проявления врожденного сифилиса у новорожденного включают поражения кожи и слизистой, гепатоспленомегалию, остеохондрит, периостит, желтуху, петехиальную сыпь и менингит.

Профилактика врожденного сифилиса включает выявление больных сифилисом беременных и лечение сифилиса во время беременности. Всем беременным и особенно женщинам из групп риска необходимо выполнять серологическое исследование на сифилис в начале беременности, на сроке 28 полных недель беременности и перед родами. Исследование на сифилис необходимо всем женщинам, у которых после 20 недель беременности произошли роды мертвым плодом. Неврологические нарушения у ребенка требуют исключить наличие нейросифилиса.

Сифилис	
Влияние на плод	<p>Беременность не меняет клинические проявления сифилиса, но в отсутствие лечения первичного или вторичного сифилиса происходит заражение плода, что в 50% случаев приводит к:</p> <ul style="list-style-type: none"> • преждевременным родам, • рождению мертвого плода, • смерти новорожденного. <p>Даже на более поздних стадиях сифилиса частота неблагоприятных исходов беременности возрастает, хотя вероятность инфицирования и тяжесть течения сифилиса у плода с увеличением продолжительности нелеченной инфекции у матери снижаются.</p>
Проявления врожденного сифилиса у новорожденного	<ul style="list-style-type: none"> • Поражения кожи и слизистых • Гепатоспленомегалия • Остеохондрит • Периостит • Желтуха • Петехиальная сыпь/пурпура • Менингит
Профилактика врожденного сифилиса	<p>Всем беременным и особенно женщинам из групп риска необходимо выполнять серологическое исследование на сифилис в начале беременности, на сроке 28 полных недель беременности и перед родами. Исследование на сифилис необходимо всем женщинам, у которых после 20 недель беременности произошли роды мертвым плодом. Неврологические нарушения у ребенка требуют исключить наличие нейросифилиса.</p>
Лечение	<p>Назначают курс пенициллина в соответствии со стадией сифилиса. Женщинам с первичным, вторичным или ранним латентным сифилисом в том случае, если они ВИЧ-инфицированы или беременны, можно назначить дополнительные еженедельные дозы пенициллина. ВИЧ-инфицированным женщинам с поздним латентным сифилисом или сифилисом неизвестной продолжительности перед лечением необходимо провести исследование спинномозговой жидкости.</p> <p>Беременным, у которых раньше развивались аллергические реакции на пенициллин, необходимо выполнить кожную пробу и, при необходимости, перед назначением лечебного курса пенициллина провести десенсибилизирующую терапию.</p>
Контроль эффективности лечения	<p>Через 3, 6, 9, 12 и 24 месяца после лечения требуются повторные клиническое и серологическое обследования. При неэффективности терапии проводят исследование спинномозговой жидкости и повторный курс лечения.</p>

У беременных сифилис лечат пенициллином (дозы и продолжительность курса лечения зависят от стадии сифилиса). Некоторые специалисты рекомендуют ВИЧ-инфицированным и беременным женщинам с первичным, вторичным или ранним латентным сифилисом вводить дополнительные дозы пенициллина еженедельно. ВИЧ-инфицированным женщинам с поздним латентным сифилисом или сифилисом неизвестной продолжительности перед лечением необходимо провести исследование спинномозговой жидкости.

При наличии признаков инфицирования плода (наличие водянки или гепатоспленомегалии по данным УЗИ) повышена вероятность неэффективности лечения. В таких случаях необходима консультация специалистов.

Лечение сифилиса во второй половине беременности почти в 40% случаев сопровождается реакцией Яриша-Герксгеймера, в результате которой нередко наступают преждевременные роды или внутриутробная гипоксия. В связи с этим пациенткам необходимо рекомендовать немедленно обращаться за помощью, если начнутся схватки или уменьшится интенсивность шевелений плода.

Беременным с анамнезом аллергических реакций на пенициллин следует предварительно провести кожную пробу. Если гиперчувствительность будет выявлена, перед курсом пени-

циллина требуется провести десенсибилизирующую терапию, поскольку пока пенициллин — единственное эффективное средство лечения сифилиса и профилактики врожденного сифилиса. Даже при правильном лечении инфицирование плода не исключено, поэтому новорожденных следует тщательно обследовать на наличие врожденного сифилиса.

Через 3, 6, 9, 12 и 24 месяца после лечения требуются повторные клиническое и серологическое обследования. При неэффективности терапии проводят исследование спинномозговой жидкости и повторный курс лечения.

Гонорея

Установлена тесная связь гонореи и ВИЧ-инфекции. Каждое из этих заболеваний повышает риск заражения другим. При гонококковом цервиците у беременных высок риск преждевременного излития околоплодных вод, преждевременных родов и послеродового эндометрита. Проведенные недавно контролируемые испытания показали, что однократное назначение цефтриаксона на сроке 28-34 недели беременности сопровождается значительным увеличением веса новорожденных и снижением частоты послеродового эндометрита и частоты выявления гонореи в послеродовом периоде. Эталонным методом диагностики гонореи служит посев, который позволяет заодно определить чувствительность возбудителя к антибиотикам.

Гонорея	
Гонококковый цервицит у беременной	<p>Повышен риск:</p> <ul style="list-style-type: none"> • преждевременного излития околоплодных вод, • преждевременных родов, • послеродового эндометрита
Эталонный метод диагностики	Посев отделяемого с одновременным определением чувствительности возбудителя к антибиотикам.
Новорожденные от больных матерей	<p>Высокий риск заболевания гонореей, они нуждаются в медикаментозной профилактике. Назначают цефтриаксон, 25-50 мг/кг (максимальная доза — 125 мг) в/в или в/м однократно. При гипербилирубинемии, особенно у недоношенных детей, препарат применяют с осторожностью. Местная медикаментозная профилактика гонококкового конъюнктивита не обеспечивает защиты от гонореи другой локализации. Грудных детей с гонореей любой локализации госпитализируют для исключения диссеминированной гонококковой инфекции (гонококкемии, артрита, менингита).</p>
Лечение диссеминированной гонококковой инфекции у новорожденного	<p>Цефтриаксон, 25-50 мг/кг в/в или в/м 1 раз в сутки в течение 7 суток; при менингите курс лечения составляет 10-14 суток. Альтернативная схема — цефотаксим, 25 мг/кг в/в или в/м 2 раза в сутки.</p>
Гонококковый конъюнктивит у новорожденного	<p>Цефтриаксон, 25-50 мг/кг (максимальная доза — 125 мг) в/м однократно. Глаза немедленно промывают буферным офтальмологическим раствором и повторяют эту процедуру по мере скопления отделяемого.</p>

У новорожденных, рожденных от больных матерей, высок риск заболевания гонореей, и они нуждаются в медикаментозной профилактике. Для этого назначают цефтриаксон, 25-50 мг/кг (максимальная доза — 125 мг) в/в или в/м однократно. При гипербилирубинемии, особенно у недоношенных детей, препарат применяют с осторожностью. Местная медикаментозная профилактика гонококкового

Лечение ИППП у ВИЧ-инфицированных беременных

конъюнктивита не обеспечивает защиты от гонореи другой локализации. Грудных детей с гонореей любой локализации госпитализируют для исключения диссеминированной гонококковой инфекции (гонококкемии, артрита, менингита). Диссеминированную гонококковую инфекцию лечат цефтриаксоном, 25-50 мг/кг в/в или в/м 1 раз в сутки в течение 7 суток; при менингите курс лечения составляет 10-14 суток. Альтернативная схема — цефотаксим, 25 мг/кг в/в или в/м 2 раза в сутки. Неосложненный гонококковый конъюнктивит у грудных детей поддается лечению цефтриаксоном, 25-50 мг/кг (максимальная доза — 125 мг) в/м однократно. Глаза немедленно промывают буферным офтальмологическим раствором и повторяют эту процедуру по мере скопления отделяемого.

Хламидиоз

Хламидийный цервицит повышает риск инфицирования ВИЧ. Беременность не влияет на заболеваемость хламидиозом и его течение. Влияет ли хламидиоз на беременность, не установлено.

Лечение назначают беременным с клиническими проявлениями хламидийной инфекции. Эффективность профилактики у носителей не доказана.

От 50 до 66% детей, рождающихся у больных хламидиозом женщин, заражаются *Chlamydia trachomatis* во время родов. Приблизительно у

Хламидиоз	
Беременность и хламидиоз	Хламидийный цервицит повышает риск инфицирования ВИЧ. Беременность не влияет на заболеваемость хламидиозом и его течение.
Заражение новорожденного во время родов	<ul style="list-style-type: none"> • Приблизительно у 50% зараженных детей развивается конъюнктивит с включениями. • У многих <i>Chlamydia trachomatis</i> обнаруживается в носоглотке, прямой кишке и влагалище (иногда, в отсутствие лечения — на протяжении более 1 года). • У 10% развивается пневмония. • С заражением <i>Chlamydia trachomatis</i> во время родов связаны также некоторые случаи среднего отита.
Лечение беременной	Доксициклин во время беременности противопоказан . Назначают эритромицин или эритромицина стеарат (по 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 суток) либо эритромицина этилсукцинат в эквивалентной дозе. При непереносимости высоких доз эритромицин назначают по 250 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 14 суток. Можно использовать и амоксициллин, 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7-10 суток.

50% зараженных детей развивается конъюнктивит с включениями. Кроме того, у многих из них *Chlamydia trachomatis* обнаруживается в носоглотке, прямой кишке и влагалище (иногда, в отсутствие лечения — на протяжении более 1 года). У 10% развивается пневмония. С заражением *Chlamydia trachomatis* во время родов связаны также некоторые случаи среднего отита.

Доксициклин во время беременности противопоказан, поэтому для лечения хламидиоза беременным назначают эритромицин или эритромицина стеарат (по 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 суток) либо эритромицина этилсукци-

Лечение ИППП у ВИЧ-инфицированных беременных

нат в эквивалентной дозе. Если столь высокие дозы эритромицина беременная переносит плохо, препарат назначают по 250 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 14 суток. Можно использовать и амоксициллин, 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7-10 суток.

Уреаплазмоз

Ureaplasma urealyticum — распространенная причина негонококкового уретрита. В норме возбудитель обитает только на слизистой половых органов, но при иммунодефицитах (в частности, при ВИЧ-инфекции) становится причиной экстрагенитальных инфекций.

Ureaplasma urealyticum — распространенный возбудитель гистологически подтвержденного хориоамнионита. Опубликованные наблюдения доказывают, что *Ureaplasma urealyticum*

Уреаплазмоз	
Внутриутробное заражение	<i>Ureaplasma urealyticum</i> можно обнаружить в околоплодных водах при интактных плодных оболочках уже на сроке 12-20 недель беременности. Внутриутробное заражение может произойти как восходящим путем (из половых органов матери), так и трансплацентарным (из материнской крови).
Осложнения	<i>Ureaplasma urealyticum</i> — частый возбудитель послеродового сепсиса, эндометрита, раневой инфекции (после кесарева сечения).
Лечение	Препараты выбора: тетрациклины и эритромицин. Препарат резерва: гентамицин (80 мг 3 раза в сутки, 7 дней).

сама по себе бывает причиной самопроизвольных абортов и преждевременных родов. Чем меньше гестационный возраст и чем меньше вес ребенка при рождении, тем чаще из плаценты выделяют *Ureaplasma urealyticum*.

Ureaplasma urealyticum можно обнаружить в околоплодных водах при интактных плодных оболочках уже на сроке 12-20 недель беременности. Внутриутробное заражение может произойти как восходящим путем (из половых органов матери), так и трансплацентарным (из материнской крови). *Ureaplasma urealyticum* — частый возбудитель послеродового сепсиса, эндометрита, раневой инфекции (после кесарева сечения).

При инфекциях, вызванных *Ureaplasma urealyticum*, препаратами выбора служат тетрациклины и эритромицин; 10-15% штаммов к тетрациклинам устойчивы, однако некоторые из них сохраняют чувствительность к фторхинолонам. Препаратом резерва служит гентамицин (80 мг 3 раза в сутки, 7 дней).

Трихомоноз

При трихомонадном вагините у беременных повышен риск преждевременного излития околоплодных вод и преждевременных родов. Трихомонадный вульвовагинит увеличивает риск передачи ВИЧ-инфекции при половых контактах.

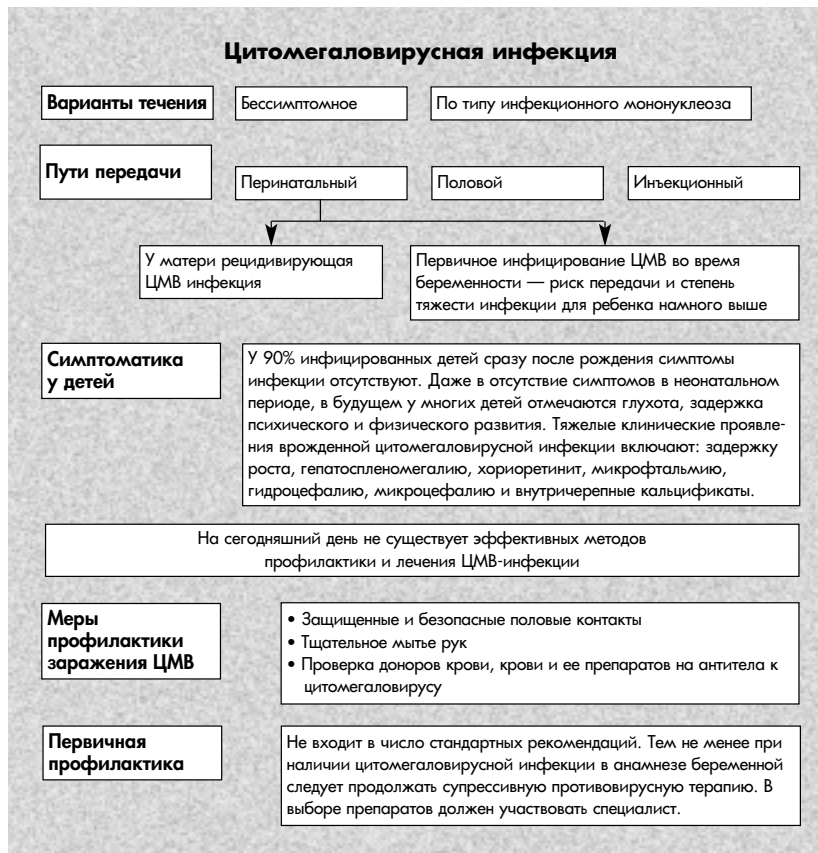
Трихомоноз	
Риск для беременной	При трихомонадном вагините у беременных повышен риск преждевременного излития околоплодных вод и преждевременных родов. Трихомонадный вульвовагинит увеличивает риск передачи ВИЧ-инфекции при половых контактах.
Лечение	Показаны нитроимидазолы. Препарат выбора для лечения трихомонадного вагинита — метронидазол (назначается по 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5-7 суток или 2 г внутрь однократно).

Хотя трихомоноз у многих женщин протекает бессимптомно, лечению подлежат все лица, у которых выявлены *Trichomonas vaginalis*. Трихомонадный вагинит проявляется обильными, гнойными, желтыми, гомогенными выделениями из влагалища и зудом вульвы. Характерна гиперемия слизистой влагалища и вульвы. При кольпоскопии у 50% больных на шейке матки выявляются петехии; pH во влагалище 5,0 и более. При микроскопии нативного препарата выделений из влагалища с добавлением физиологического раствора обычно выявляются нейтрофилы и подвижные *Trichomonas vaginalis*. При бессимптомном течении необходим посев.

Показаны нитроимидазолы. Препарат выбора для лечения трихомонадного вагинита — метронидазол (назначается по 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5-7 суток или 2 г внутрь однократно). Эффективность обеих схем лечения около 95%.

Цитомегаловирусная инфекция

В большинстве случаев цитомегаловирусная инфекция у беременных протекает бессимптомно, но иногда сопровождается типичной картиной инфекционного мононуклеоза. Передача инфекции происходит не только половым путем, поскольку цитомегаловирус содержится практически во всех биологических жидкостях



Лечение ИППП у ВИЧ-инфицированных беременных

организма. Перинатальная передача инфекции может произойти на фоне первичной и рецидивирующей инфекции, но риск передачи и степень тяжести инфекции для ребенка намного выше в случае первичного инфицирования женщины во время беременности.

У 90% инфицированных детей сразу после рождения симптомы инфекции отсутствуют. Чаще клинически выраженная инфекция у новорожденного встречается, если мать заразилась цитомегаловирусом на раннем сроке беременности. Даже в отсутствие симптомов в неонатальном периоде, в будущем у многих детей отмечаются глухота, задержка психического и физического развития. Тяжелые клинические проявления врожденной цитомегаловирусной инфекции включают: задержку роста, гепатоспленомегалию, хориоретинит, микрофтальмию, гидроцефалию, микроцефалию и внутричерепные кальцификаты.

Частота перинатальной передачи цитомегаловируса от ВИЧ-инфицированных и не инфицированных ВИЧ матерей одинакова. Более того, одинакова и частота перинатального заражения цитомегаловирусом среди ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-отрицательных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. По данным исследований, одновременная передача ВИЧ и цитомегаловируса чревата более быстрым прогрессированием ВИЧ-инфекции у новорожденного.

На сегодняшний день эффективных методов профилактики и лечения цитомегаловирусной инфекции не существует. Во время беременности иногда определяют антитела к цитомегаловирусу, особенно у женщин с числом лимфоцитов CD4 <100 мкл⁻¹; но положительный результат серологического исследования встречается часто, а антитела не сдерживают распространения вируса во время беременности и не способны предотвратить перинатальную передачу вируса.

К мерам профилактики заражения цитомегаловирусом относятся:

- ▮ защищенные и безопасные половые контакты;
- ▮ тщательное мытье рук;
- ▮ проверка доноров крови, крови и ее препаратов на антитела к цитомегаловирусу.

Первичная профилактика не входит в число стандартных рекомендаций. Тем не менее при наличии цитомегаловирусной инфекции в анамнезе беременной следует продолжать супрессивную противовирусную терапию. В выборе препаратов должен участвовать специалист.

Токсоплазмоз

Риск врожденного токсоплазмоза зависит от срока инфицирования матери. Если мать заражается в третьем триместре, он составляет 59%, если в первом — 9%. При внутриутробной передаче инфекции плоду в первом три-

Токсоплазмоз

Эпидемиология при беременности	Во время беременности 0,1–0,5% женщин заражаются токсоплазмозом, при этом возникает угроза развития врожденного токсоплазмоза у плода. Риск врожденной инфекции выше, если мать инфицируется в третьем триместре (59% в третьем триместре в отличие от 9% в первом), но если плод инфицируется в первом триместре, то клинические проявления инфекции будут намного тяжелее.
Симптоматика врожденного токсоплазмоза	<ul style="list-style-type: none"> • Хориоретинит • Микроцефалия • Гидроцефалия • Внутрочерепные кальцификаты
Серологическое обследование	Тест на антитела классов IgM и IgG к <i>Toxoplasma gondii</i> рекомендуется проводить всем ВИЧ-положительным беременным
Профилактика инфицирования	<p>Не употреблять в пищу сырое или не прошедшее достаточную термическую обработку мясо, мыть руки после разделки сырого мяса или после работы с грунтом, а также мыть свежие фрукты и овощи перед употреблением в пищу.</p> <p>Желательно кошек на улице не выпускать и давать им только корм фабричного изготовления (сухой или консервы).</p> <p>Мусор необходимо выбрасывать ежедневно, но ВИЧ-инфицированным и беременным заниматься этим не рекомендуется.</p>

Серологическое исследование для исключения первичного токсоплазмоза

местре клинические проявления инфекции намного тяжелее.

Как правило, у инфицированных детей после рождения симптомы инфекции отсутствуют, но у большинства из них развиваются отдаленные

последствия врожденного токсоплазмоза; у двух третей детей, инфицированных после первого триместра беременности, наблюдаются тяжелые клинические проявления, 5% рождаются мертвыми или умирают в перинатальном периоде.

Врожденный токсоплазмоз может поражать все системы органов, но самые распространенные его осложнения — хориоретинит, микроцефалия, гидроцефалия и внутричерепные кальцификаты.

На фоне ВИЧ-инфекции возможна передача токсоплазмоза, заражение которым произошло давно. Встречается это редко, но и данных о матерях с выраженным иммунодефицитом пока мало.

Тест на антитела классов IgM и IgG к *Toxoplasma gondii* рекомендуется проводить всем ВИЧ-положительным беременным сразу после выявления ВИЧ-инфекции. Это исследование желательно включить в пренатальное обследование всех ВИЧ-положительных беременных. Наличие таких симптомов, как лихорадка, озноб, недомогание, лимфаденопатия, миалгия и головная боль у беременной — показание к серологическому обследованию для выявления первичного токсоплазмоза. Данные о первичном токсоплазмозе или активном течении токсоплазмоза необходимо уточнить, и дальнейшее лечение должны назначать специалисты. У детей ВИЧ-инфицированных женщин, в крови

которых обнаружены антитела к *Toxoplasma gondii*, необходимо исключать врожденный токсоплазмоз.

Для профилактики инфицирования *Toxoplasma gondii* беременным необходимо рекомендовать не употреблять в пищу сырое или не прошедшее достаточную термическую обработку мясо, мыть руки после разделки сырого мяса и контакта с землей, а также мыть свежие фрукты и овощи перед едой. Домашних кошек желательно на улицу не выпускать, и, по возможности, им следует давать только корм фабричного изготовления (сухой или консервы). Мусор необходимо выбрасывать ежедневно, но ВИЧ-инфицированным и беременным заниматься этим не рекомендуется.

Гепатит В

Большинство инфицированных людей полностью выздоравливает, при этом у них вырабатывается защитный уровень антител против вируса гепатита В. Хронический гепатит В развивается у 1–6% больных, заразившихся взрослыми. В их крови постоянно присутствует поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg), и у них повышен риск хронического заболевания печени (в том числе цирроза печени и печеночноклеточного рака). Наличие в крови HBeAg свидетельствует об активной репликации вируса, и HBeAg-положительные лица представляют собой наиболее опасный источник инфекции.

Вирус гепатита В передается парентеральным, половым, перинатальным и контактно-бытовым путем. Приблизительно у четверти постоянных половых партнеров инфицированных лиц результаты серологического обследования оказываются положительными. В 30–60% случаев люди заражаются половым путем. Перинатальная передача вируса происходит, как правило, в родах, при контакте с материнской кровью и выделениями половых путей. Риск перинатальной передачи вируса от женщин-носителей HBsAg составляет 10–20%, но он возрастает до 90%, если у матери имеется и HBeAg. Хронический вирусный гепатит В развивается приблизительно у 90% инфицированных новорожденных, и у них повышен риск хронических заболеваний печени.

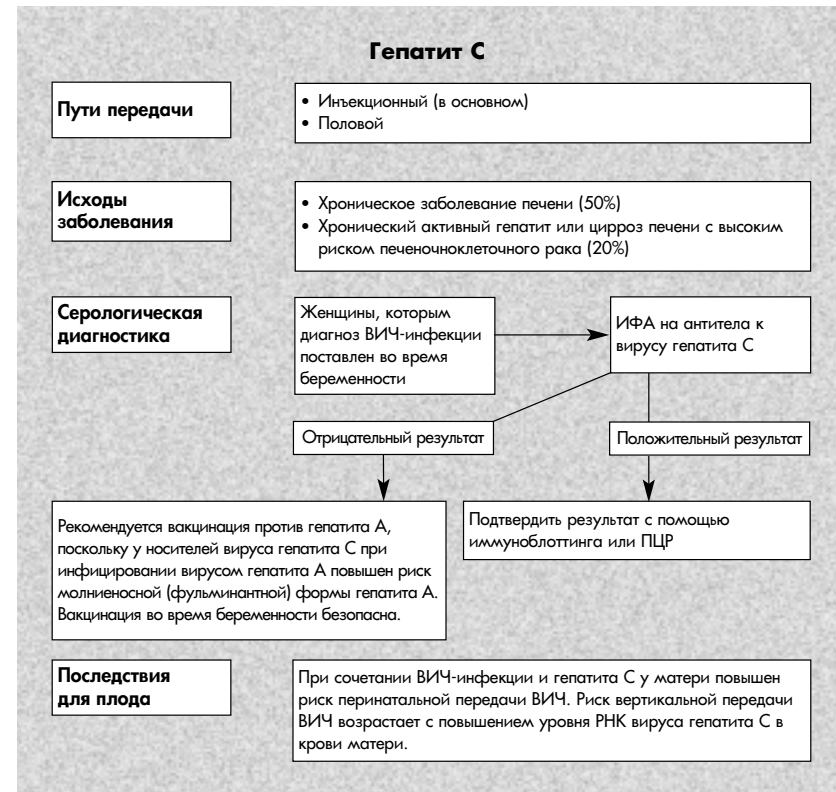
Всем беременным необходимо проводить скрининг на HBsAg. Детям, рожденным носительницами HBsAg, необходимо в первые 12 часов после рождения ввести иммуноглобулин против гепатита В. Кроме того, им необходима вакцинация против гепатита В. Вакцинацию проводят и во время беременности. В первую очередь она необходима женщинам из групп риска (потребительницам инъекционных наркотиков, больным ИППП, женщинам, имеющим более одного полового партнера или вступавшим в бытовые или половые контакты с носителем вируса гепатита В) с отрицательными результатами тестов на антитела к HBsAg или HBeAg, которые свидетельствуют о

Гепатит В	
Пути передачи	<ul style="list-style-type: none"> • Парентеральный • Половой (30–60%) • Перинатальный • Контактнo-бытовой
Эпидемиология	<p>Большинство инфицированных людей полностью выздоравливает, при этом у них вырабатывается защитный уровень антител против вируса гепатита В. Хронический гепатит В развивается у 1–6% больных, заразившихся взрослыми. В их крови постоянно присутствует поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg), и у них повышен риск хронического заболевания печени (в том числе цирроза печени и печеночноклеточного рака). Наличие в крови HBeAg свидетельствует об активной репликации вируса, и HBeAg-положительные лица представляют собой наиболее опасный источник инфекции.</p>
Особенности перинатальной передачи	<p>Перинатальная передача вируса происходит, как правило, в родах, при контакте с материнской кровью и выделениями половых путей. Риск перинатальной передачи вируса от женщин-носителей HBsAg составляет 10–20%, но он возрастает до 90%, если у матери имеется и HBeAg.</p>
Профилактика	<p>Всем беременным необходимо проводить скрининг на HBsAg.</p> <p>Вакцинация против гепатита В во время беременности безопасна. В первую очередь она необходима женщинам из групп риска (потребительницам инъекционных наркотиков, больным ИППП, женщинам, имеющим более одного полового партнера или вступавшим в бытовые или половые контакты с носителем вируса гепатита В) с отрицательными результатами тестов на антитела к HBsAg или HBeAg, которые свидетельствуют о восприимчивости к инфекции. Некоторые специалисты настаивают на расширении показаний к вакцинации против гепатита В для ВИЧ-инфицированных, поскольку ВИЧ-инфекция повышает риск развития хронического гепатита В. На фоне ВИЧ-инфекции может нарушиться иммунная реакция на вакцинацию против гепатита В, поэтому через 1–2 месяца после введения третьей дозы вакцины им рекомендуется провести обследование на антитела к HBsAg. Тем, у кого антитела отсутствуют, следует пройти полный курс ревакцинации.</p>
Оценка статуса новорожденных	<p>Детям, рожденным носительницами HBsAg, необходимо в первые 12 часов после рождения ввести иммуноглобулин против гепатита В. Кроме того, им необходима вакцинация против гепатита В.</p>

восприимчивости к инфекции. Некоторые специалисты настаивают на расширении показаний к вакцинации против гепатита В для ВИЧ-инфицированных, поскольку ВИЧ-инфекция повышает риск развития хронического гепатита В. На фоне ВИЧ-инфекции может нарушиться иммунная реакция на вакцинацию против гепатита В, поэтому через 1–2 месяца после введения третьей дозы вакцины им рекомендуется провести обследование на антитела к HBsAg. Тем, у кого антитела отсутствуют, следует пройти полный курс ревакцинации.

Гепатит С

Основной путь передачи — парентеральный, но и половой тоже имеет место. По результатам биохимических исследований, приблизительно у 50% лиц с активным гепатитом С развивается хроническое заболевание печени. Более чем у 20% больных в конечном итоге развивается хронический активный гепатит или цирроз печени с высоким риском печеночноклеточного рака. Женщинам, которым диагноз ВИЧ-инфекции поставлен во время беременности, необходимо провести ИФА на антитела к вирусу гепатита С. Положительные результаты следует подтвердить с помощью иммуноблоттинга или ПЦР. Кроме того, требуется исследовать показатели функции печени. Женщины с гепатитом С и ВИЧ-инфекцией должны воздерживаться от употребления алкоголя и во время, и после беременности, поскольку алкоголь повышает



риск цирроза печени. При отрицательном результате теста на антитела к вирусу гепатита А рекомендуется вакцинация против гепатита А, поскольку у носителей вируса гепатита С при инфицировании вирусом гепатита А повышен риск молниеносной (фульминантной) формы гепатита А. Вакцинация во время беременности безопасна.

Зарегистрированы случаи перинатальной передачи вируса гепатита С. Она более вероятна при наличии ВИЧ-инфекции у матери и чаще встречается у детей, рожденных женщинами с сопутствующими ВИЧ-инфекцией и гепатитом С. Более того, при сочетании ВИЧ-инфекции и гепатита С у матери повышен риск перинатальной передачи ВИЧ. Риск вертикальной передачи ВИЧ возрастает с повышением уровня РНК вируса гепатита С в крови матери.

Обеспечение лечения и вторичной профилактики³

Персонал

Высококачественная комплексная медицинская помощь возможна только при наличии квалифицированного медицинского персонала. В связи с этим нельзя переоценить важность подготовки медицинских работников — как персонала служб первичной медицинской помощи, так и специалистов по лечению и профилактике ИППП. В рамках подготовки медицинских работников проводятся:

- ▮ обучение на рабочем месте;
- ▮ обучение на базовых курсах;
- ▮ постоянное повышение квалификации;
- ▮ подготовка инструкторов;
- ▮ использование современных руководств, клинических рекомендаций, алгоритмов лечения и ведения.

Медикаменты и оборудование

Важнейший элемент качественной профилактической и лечебной помощи — индивидуальный подход к больному. Учреждению, которое оказывает медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным беременным и занимается лечением и профилактикой ИППП, требуются:

- ▮ смотровые столы или кушетки,
- ▮ качественное освещение,
- ▮ постоянное снабжение расходными материалами (например, перчатками, шприцами, гинекологическими зеркалами, стерилизационным оборудованием и лабораторными расходными материалами).

Эффективное лечение возможно только при наличии рекомендованных лекарственных средств, поэтому крайне важно обеспечить учреждение соответствующими препаратами. Кроме того, учреждение должно обеспечивать пациентов с ИППП и ВИЧ-инфекцией презервативами, и их поставка тоже должна быть организована.

Список цитированной литературы

1. Предупреждение трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку. Учебный модуль. Министерство здравоохранения Украины, ЮНИСЕФ. Киев, 2001 г.
2. Вся информация, содержащаяся в этой главе, взята из изданий *Centers for Disease Control and Prevention*, 1998 *Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases*, MMWR 47 (RR-1), 1998, и *Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам*, под редакцией Джин Р. Андерсон, версия 2001 г., издание АМСЗ на русском языке, 2003 г.
3. Центры здоровья женщин. Справочное пособие. АМСЗ, 1998 г.

Список дополнительной литературы

Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. М., Практика — Мак-Гроу—Хилл (совместное издание), 2002 г.

Гинекология по Эмилю Новаку. Под ред. Дж. Берекаб, И. Адаши и П. Хиллард. Пер. с англ. М., Практика, 2002 г.



Американский международный союз здравоохранения

aiha@aiha.com

www.aiha.com