

Содержание

Предисловие к изданию на русском языке	6
Предисловие к изданию на английском языке	7
Список сокращений и условных обозначений	9
Введение	10
Методы	10
Руководство по медицинской профилактике	12
Диагностика инфекций, передаваемых половым путем, в особых группах населения	23
Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека	39
Заболевания, сопровождаемые генитальными, анальными или перианальными язвами	45
Сифилис	58
Ведение пациентов с аллергией на пенициллины в анамнезе	82
Заболевания, сопровождающиеся уретритом и цервицитом	87
Хламидийная инфекция	94
Гонококковая инфекция	101
<i>Mycoplasma genitalium</i>	113
Заболевания, характеризующиеся вульвовагинальным зудом, жжением, раздражением, запахом или выделениями	116
Воспалительные заболевания органов малого таза	130
Эпидидимит	136
Вирус папилломы человека	138
Вирусный гепатит	155
Проктит, проктоколит и энтерит	169
Эктопаразитарные инфекции	172
Сексуальное насилие, жестокое обращение и инфекции, передаваемые половым путем	174
Список литературы	183

Предисловие к изданию на русском языке

Современное практическое здравоохранение в век глобализации не может быть статичным. Число исследований в различных областях медицинской науки растет, а утвержденные постулаты то и дело подвергаются пересмотру. Именно поэтому современному врачу так важно иметь под рукой квинтэссенцию актуальных данных, составленную по принципу разумной достаточности, но охватывающую весь спектр клинических вопросов в сфере интереса.

В проблеме ведения пациентов, имеющих инфекции, передаваемые половым путем, чрезвычайно важными представляются достижение оптимального уровня их выявления, использование методов диагностики с наивысшим уровнем чувствительности и специфичности, своевременность оказания медицинской помощи. Специалисты должны учитывать психосоциальное бремя таких болезней, риски стигматизации, низкие показатели приверженности лечению и программам наблюдения. Необходимо понимать, что ведение пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем, должно носить междисциплинарный характер и осуществляться с участием специалистов различного профиля для достижения оптимального результата. Должен быть понятен тот обширный спектр вопросов, с которыми сегодня сталкивается практикующий врач при работе с данной категорией больных. На чем основывается выбор оптимального алгоритма ведения и участие какого специалиста будет полезным в той или иной клинической

ситуации? Какие существуют альтернативы лечению? Какова надежность доказательной базы тех или иных рекомендаций? Каким образом меняется тактика в зависимости от медицинских, социальных и других индивидуальных особенностей пациента?

Я рад представить русскоязычную версию обновленного гайдлайна по лечению инфекций, передаваемых половым путем, изданного по инициативе Центра мониторинга за работой лабораторных служб и санитарно-эпидемиологического надзора, который является структурным подразделением Центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC) Министерства здравоохранения и социальных служб США. Настоящее руководство представляет актуальную информацию в отношении профилактики, диагностики и лечения инфекций, передаваемых половым путем, а также предлагает оптимальные алгоритмы ведения пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем, и их партнеров. Данная версия является обновлением руководства от 2015 г. и включает современные данные, необходимые специалисту для принятия системных решений по лечению инфекций, передаваемых половым путем. Надеемся, что использование русскоязычной врачебной аудиторией данного руководства будет удобным и востребованным, а приведенная в нем информация позволит повысить качество профилактики, диагностики и лечения пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем.

*Доктор медицинских наук,
профессор М.И. Коган*

Предисловие к изданию на английском языке

Настоящие рекомендации по лечению и профилактике инфекций, передаваемых половым путем, обновлены по инициативе центров по контролю и профилактике США при участии экспертов. Встречи экспертов проходили в Атланте, штат Джорджия, 11–14 июня 2019 г. Данный отчет представляет собой обновление рекомендаций 2015 г. В этих рекомендациях обсуждаются:

- 1) обновленные алгоритмы лечения *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* и *Trichomonas vaginalis*;
- 2) добавление метронидазола к рекомендуемой схеме лечения воспалительных заболеваний органов малого таза;
- 3) альтернативные варианты лечения бактериального вагиноза;
- 4) лечение при заражении *Mycoplasma genitalium*;

- 5) рекомендации по вакцинации против вируса папилломы человека и организация консультативной помощи;
- 6) дополнительные факторы риска для проведения обследования на сифилис среди беременных;
- 7) однократное тестирование на гепатит С;
- 8) обследование мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, подвергшихся сексуальному насилию;
- 9) двухэтапное тестирование для серологической диагностики генитального вируса простого герпеса.

Врачи и другие медицинские работники могут использовать данные рекомендации для лечения и профилактики инфекций, передаваемых половым путем.

Введение

Термин «инфекции, передаваемые половым путем» (ИППП) относится к возбудителям, которые вызывают заболевания и передаются главным образом половым путем, тогда как термин «заболевания, передаваемые половым путем» (ЗППП) относится к характерно проявляющимся патологическим состояниям, которые развиваются вследствие ИППП. Врачи и другие медицинские работники играют решающую роль в профилактике и лечении ИППП. Эти рекомендации адресованы практикующим специалистам. В данном руководстве сделан акцент на профилактике, диагностике, лечении и рекомендациях в отношении ведения пациентов.

Представленный отчет — дополненная и обновленная версия «Руководства по лечению заболеваний, передаваемых половым путем» от 2015 г. [1], и его следует рассматривать как клинические рекомендации, а не как стандарты медицинской помощи. Медицинские работники всегда должны учитывать индивидуальные особенности клинического течения заболеваний в контексте локальных данных по их распространенности. Эти рекомендации применимы к любому учреждению, оказывающему помощь пациентам, подверженным риску заражения ИППП, включая центры планирования семьи, клиники для лечения инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) пациентов, медицинские подразделения исправительных учреждений, частные врачебные кабинеты, медицинские центры, отвечающие федеральным требованиям, клиники по лечению подростков и другие учреждения первичной медико-санитарной помощи.

Приведенные в рекомендациях руководящие принципы сосредоточены на лечении и консультировании пациентов и не касаются других мероприятий и вмешательств, которые необходимы при ИППП и заболеваниях, вызванных ВИЧ, для профилактики на уровне общественного здравоохранения. Эти руководящие принципы лечения ИППП дополняют «Рекомендации по предоставлению качественных медицинских услуг для лечения заболеваний, передаваемых половым путем» от 2020 г. [2] в отношении организации качественной клинической помощи при ЗППП, на этапе первичной медико-санитарной помощи и оказания специализированной помощи. В данном руководстве представлены ключевые показатели качества услуг в различных клинических условиях, описано лечение на месте и оказание помощи партнерам пациентов, а также определено, когда при выявлении ИППП и связанных с ними состояний необходимо лечение у специалиста, а когда достаточно простой консультации.

Методы

Эти рекомендации разработаны специалистами центров по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention — CDC) совместно с профильными экспертами, обладающими опытом работы с ИППП, из федеральных агентств, негосударственных академических и исследовательских учреждений и профессиональных медицинских организаций. Сотрудники CDC определяли состав экспертной группы из государственных и негосударственных организаций на основании их опыта и помогли в разработке вопросов, которые были приоритетными при создании структуры данного пособия. Сотрудники CDC проинформировали экспертов о том, что с ними консультируются для обмена информацией и результатами наблюдений, а также для изучения их личного опыта. Все профильные эксперты сообщали о потенциальном конфликте интересов. Члены рабочей группы по разработке «Руководства по лечению инфекций, передаваемых половым путем» 2021 г. перечислены в конце настоящего отчета.

В 2018 г. сотрудники CDC определили ключевые вопросы по лечению и медицинской помощи для обновления «Руководства по лечению заболеваний, передаваемых половым путем» от 2015 г. [1]. Чтобы ответить на эти вопросы и обобщить новую информацию, доступную после публикации руководства в 2015 г., эксперты в данной области и персонал CDC проводили систематические обзоры литературы, используя расширенный доступ к MEDLINE, в каждом разделе руководства от 2015 г. (например, с помощью опубликованных на английском языке аннотаций и рецензируемых журнальных статей). Эти систематические обзоры были сосредоточены на четырех основных этапах оказания помощи при ЗППП для каждого заболевания или инфекции:

- 1) лечение инфекции на основе микробиологической эрадикации;
- 2) снижение выраженности симптоматики и облегчение общего состояния;
- 3) профилактика последствий;
- 4) профилактика передачи, включая преимущества (например, экономическая эффективность, препараты для однократного применения и терапия под непосредственным наблюдением) и недостатки (например, побочные эффекты) конкретных схем.

Результаты обзоров литературы послужили основой для разработки справочных материалов. Собранный материал включил таблицы, обобщающие уровни доказательности источников и тип исследования (например, рандомизированное

контролируемое исследование или серия случаев), исследуемую популяцию и условия, лечение или другие вмешательства, исходы, результаты, а также ограничения, связанные с дизайном исследования, анализом данных или предвзятостью.

В июне 2019 г. эксперты в предметной области представили результаты литературных обзоров на очной встрече участников из правительственных и неправительственных организаций. Каждый ключевой вопрос подвергся обсуждению, соответствующие публикации были рассмотрены с точки зрения актуальности, а также их сильных и слабых сторон. Участники, каждый со своей стороны, оценили качество материалов представленной доказательной базы и обсудили результаты в контексте модифицированной системы оценки, применяемой Целевой группой профилактических служб США (U.S. Preventive Services Task Force – USPSTF). Обсуждения носили неформальный характер и не подразумевали, что участники должны были прийти к консенсусу. Сотрудники CDC также рассмотрели публикации других профессиональных организаций, в том числе Американского колледжа акушеров и гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG), USPSTF, Американского онкологического общества (American Cancer Society – ACS), Американского общества специалистов по кольпоскопии и патологии шейки матки (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology – ASCCP) и Консультативного комитета по практике иммунизации (Advisory Committee on Immunization Practices – ACIP). Кульминацией обсуждений стал список мнений участников по всем ключевым темам в области ИППП для рассмотрения специалистами CDC (более подробные описания ключевых вопросов, поисковых терминов, систематического поиска, таблиц доказательств и процесса обзора доступны по адресу: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>).

Затем сотрудники CDC независимо от других специалистов рассмотрели таблицы доказательств, подготовленные экспертами в предметной области, отдельные комментарии участников и профессиональных организаций, а также руководящие принципы других организаций, чтобы определить, насколько поправки к «Рекомендациям по лечению заболеваний, передаваемых половым путем» от 2015 г. имеют под собой доказательную базу.

Сотрудники CDC разделили полученные результаты на несколько уровней: доказательства высокой, средней и низкой степени надежности на основе сильных и слабых сторон каждого исследования в соответствии с рейтингами USPSTF (<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/us-preventive-services-task-force-ratings>). Затем сотрудники CDC разработали проекты рекомендаций, которые были рецензированы экспертами в области общественного здравоохранения и клиниками в порядке, установленном Административно-бюджетным управлением США. Для ознакомления с проектом рекомендаций, а также с целью получения вопросов и комментариев был проведен открытый вебинар. Комментарии экспертов, результаты вебинара, а также рассмотрение вопросов и ответов специалисты CDC учитывали при разработке окончательных рекомендаций для обновленного руководства по лечению ИППП. Рекомендации по лечению ВИЧ, гепатита С, скрининга на рак шейки матки, скрининга на ИППП при беременности, по обследованию на наличие вируса папилломы человека (ВПЧ), вируса гепатита А (ВГА) и по вакцинации против вируса гепатита В (ВГВ) были разработаны после того, как специалисты CDC рассмотрели опубликованные материалы. Персонал CDC периодически осуществлял поиск англоязычной литературы для выявления опубликованных после начала работы статей.

В данном отчете кратко обсуждаются данные доказательной базы, использованные в качестве основы для конкретных рекомендаций. Публикация всесторонних аннотированных обсуждений таких доказательств планируется в дополнительном выпуске журнала «Клинические инфекционные заболевания» после публикации руководства по лечению. Если рекомендуют несколько терапевтических схем и перечисленные схемы отличаются одинаковой эффективностью, одинаковой частотой непереносимости или уровнем токсичности, то их следует читать в алфавитном порядке. Если указаны различия, схемы ранжируют по приоритету на основе этих различий. В первую очередь следует использовать рекомендуемые схемы. Альтернативные схемы могут быть рассмотрены в случае выраженной лекарственной аллергии или других медицинских противопоказаний к применению рекомендуемых схем.

Эктопаразитарные инфекции

Лобковый педикулез

Лица, страдающие лобковым педикулезом, обычно обращаются за медицинской помощью из-за зуда или явных признаков наличия вшей или гнид на лобковых волосах. Лобковый педикулез вызван паразитом *Phthirus pubis* и чаще всего передается половым путем [1393].

Диагностика

Диагноз лобкового педикулеза устанавливают на основе клинических признаков, таких как характерный зуд в области лобка. На лобковых волосах можно обнаружить насекомых-вшей и их яйца, или гниды.

Лечение

Рекомендуемые схемы лечения при лобковом педикулезе:

- крем-ополаскиватель перметрин 1% наносят на пораженные участки и смывают через 10 мин или
- пиретрин с пиперонилбутоксидом[®] наносят на пораженный участок и смывают через 10 мин

Альтернативные схемы:

- малатион 0,5% в виде лосьона наносят на пораженные участки и смывают через 8–12 ч или
- ивермектин в дозе 250 мкг на 1 кг массы тела внутрь, повторяют прием через 7–14 сут

Отмечается возрастание устойчивости к педикулицидам, таким как перметрин и пиретрин[®], и это явление широко распространено. Если лечение с использованием этих препаратов неэффективно из-за резистентности, можно назначить малатион. Однако специфический запах и продолжительность применения малатиона делают его менее привлекательной альтернативой по сравнению с рекомендуемыми педикулицидами. Ивермектин обладает ограниченной способностью уничтожать яйца, поэтому лечение следует повторить через 7–14 дней. Этот препарат следует принимать во время приема пищи, чтобы повысить его биодоступность и проникновение в кожу. Дозу ивермектина не корректируют для пациентов с почечной недостаточностью, но безопасность приема многократных доз пациентами с тяжелыми заболеваниями печени неизвестна. Линдан[®] для лечения педикулеза не рекомендован из-за его токсичности, противопоказаний

для определенных групп населения (беременных и кормящих, детей до 10 лет и пациентов с обширным дерматитом) и сложностей в применении.

Другие аспекты лечения

Важно помнить, что рекомендуемые схемы не применяют при лечении глаз. При педикулезе ресниц наносят окклюзионную глазную повязку с мазью или вазелином на край века дважды в сутки в течение 10 дней. Для предотвращения повторного заражения постельное белье и одежду обеззараживают путем стирки в машине и сушки при высокой температуре или подвергают химической чистке либо удаляют от контакта с телом не менее чем на 72 ч. Фумигация помещений не требуется. Удаление лобковых волос связано с нетипичными моделями заражения лобковыми вшами и может снизить риск инфекций. Пациентов, страдающих лобковым педикулезом, обследуют также на ВИЧ, сифилис, хламидиоз и гонорею.

Последующее наблюдение

Оценку терапии следует проводить через неделю, если симптомы сохраняются. Повторное лечение может потребоваться в случае обнаружения вшей или яиц на стыке кожи и волос. Если первоначально рекомендуемая схема лечения не обеспечивает клинического улучшения, следует использовать альтернативные схемы.

Тактика в отношении половых партнеров

Половые партнеры, с которыми у больного был половой контакт в течение предыдущего месяца, должны пройти лечение. Следует воздерживаться от половых контактов до тех пор, пока пациенты и их партнеры не пройдут лечение, постельное белье и одежда не будут обеззаражены, а также пока не будет проведено повторное обследование для исключения персистирующей инфекции.

Особые указания

Беременность

При лечении беременных и кормящих рекомендованы перметрин или пиретрин с пиперонилбутоксидом[®]. Данных в отношении тератогенности или токсичности ивермектина в отношении плода не получено, поэтому его применение классифицируют как «представляющее низкий риск осложнений по данным наблюдения» при беременности, и оно может быть совместимо с грудным вскармливанием [431].

Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека

Пациенты, страдающие лобковым педикулезом и ВИЧ-инфекцией, должны получать то же лечение, что и лица без ВИЧ.

Чесотка

Чесотка представляет собой кожное заболевание, вызываемое клещом *Sarcoptes scabiei*, который вызывает зуд. Сенсибилизация к *S. scabiei* возникает до появления зуда, для ее развития у человека при первом заражении чесоткой требуется несколько недель. Однако зуд может появиться менее чем через 24 ч после повторного заражения. Хотя чесотка у взрослых часто передается половым путем, у детей обычно такого не наблюдается [1400–1402].

Диагностика

Диагноз чесотки устанавливают путем обнаружения ходов, клещей, яиц или фекалий клещей на пораженных участках. Для этого можно проводить микроскопическое исследование соскобов кожи, хотя данный метод связан с низкой чувствительностью и предполагает временные затраты [1403]. В качестве альтернативы можно использовать неинвазивные методы исследования пораженной кожи, такие как видеодерматоскопия, видеомикроскопия или дерматоскопия, которые обладают высокой чувствительностью и специфичностью, особенно при выполнении опытными специалистами [1404]. В качестве низкотехнологичных стратегий можно провести чернильный тест и тест с клейкой лентой.

Лечение

Рекомендуемые схемы лечения при чесотке:

- перметрин 5% в виде крема наносят на все участки тела от шеи вниз и смывают через 8–14 ч, или
- ивермектин в дозе 200 мкг на 1 кг массы тела внутрь, повторно принимают через 14 сут (пероральное применение ивермектина отличается ограниченной овицидной активностью, поэтому нужна вторая доза для эрадикации), или
- ивермектин 1% в виде лосьона наносят на все участки тела от шеи вниз и смывают через 8–14 ч; лечение повторяют через неделю, если симптомы сохраняются

Альтернативная схема:

линдан[®] 1% — 1 унция лосьона или 30 г крема наносят тонким слоем на все участки тела от шеи и вниз и тщательно смывают спустя 8 ч (младенцам и детям в возрасте до 10 лет лечение препаратом противопоказано)

Перметрин местно и ивермектин внутрь или местно обладают одинаковой эффективностью при лечении чесотки [1405–1410]. Выбор препарата зависит

от предпочтений пациента — местное или пероральное применение, взаимодействие с другими препаратами, например азитромицином, триметопримом/сульфаметоксазолом (Бактрим[®]) или цетиризином (Зиртек[®]), и стоимость лекарств. Перметрин безопасен и эффективен при однократном применении [1411]. Ивермектин оказывает ограниченное овицидное действие и может не предотвратить появления яиц во время лечения, поэтому вторую дозу препарата следует принимать через 14 сут после первой дозы [1412]. Ивермектин следует принимать во время еды, чтобы улучшить его биодоступность и проникновение в эпидермис. Пациентам с почечной недостаточностью дозу ивермектина не корректируют.

Использование линдана[®] — альтернативный метод лечения, но он может вызывать токсические реакции [1413]. Его назначают только в случае непереносимости рекомендуемых методов лечения или их неэффективности [1414–1416]. Линдан[®] не применяют у беременных и кормящих, детей младше 10 лет и пациентов с обширным дерматитом. Существуют сообщения о развитии эпилептических приступов, связанных с нанесением линдана[®] после приема ванны, а также у пациентов с обширным дерматитом. Известно также о случаях апластической анемии после использования линдана[®] [1413]. Резистентность к линдану[®] наблюдается в некоторых регионах мира, включая некоторые регионы Соединенных Штатов [1413].

Другие аспекты лечения

Постельное белье и одежду обязательно обеззараживают — либо стирают в машине и высушивают при высокой температуре, либо подвергают химической чистке. Если это невозможно, то их удаляют от контакта с телом на период более 72 ч. Фумигация жилых помещений не требуется. Пациентам с чесоткой рекомендовано тщательно стричь ногти, чтобы уменьшить возможные травмы от расчесывания [1417].

Крустозная чесотка

Крустозная чесотка — агрессивное поражение, которое чаще возникает у лиц с иммунодефицитом, а также ослабленных или истощенных пациентов, включая получающих системные или сильнодействующие местные глюкокортикоиды, после трансплантации органов, инфицированных ВИЧ или HTLV-1 (Т-лимфотропный вирус), а также у больных гематологическими злокачественными новообразованиями. Крустозная чесотка передается легче, чем обычная чесотка [1418]. Контролируемые терапевтические исследования в отношении крустозной чесотки не проводили, и оптимальное лечение не определено. Эффективность однократного местного

применения скабицида или перорального использования ивермектина ограничена. Рекомендован комбинированный препарат для местного лечения чесотки, такой как перметрин 5% в виде крема (наносить на все тело ежедневно в течение 7 сут, затем 2 раза в неделю до полного выздоровления) или бензилбензоат 25% в виде крема, и ивермектин для перорального применения в дозе 200 мкг на 1 кг массы тела в течение 1, 2, 8, 9 и 15 сут. В тяжелых случаях может потребоваться дополнительное лечение ивермектином в 22-е и 29-е сутки [1419].

Последующее наблюдение

Сыпь и зуд при чесотке могут сохраняться до 2 нед после лечения. Если симптомы или признаки не проходят более 2 нед, возможно несколько причин. Неэффективность лечения бывает связана с резистентностью к препаратам или неправильным применением местных скабицидов. Эти препараты трудно проникают в толстую и чешуйчатую кожу при крустозной чесотке, что затрудняет уничтожение клещей в этих слоях. В отсутствие контактного лечения и обеззараживания постельных принадлежностей и одежды симптомы могут быть связаны с повторным заражением членами семьи или инфекцией через предметы быта. Кроме того, персистенция симптомов может быть обусловлена другими домашними клещами из-за перекрестной реактивности антигенов. Даже при успешном лечении и предотвращении повторного заражения и перекрестной реактивности симптомы могут сохраняться или усиливаться из-за аллергического дерматита.

Повторное лечение через 2 нед после первоначального курса можно рассмотреть для лиц, у которых все еще сохраняются клинические проявления или обнаружены живые клещи. Рекомендовано использовать альтернативную схему лечения, если нет эффекта от основной.

Тактика в отношении половых партнеров и бытовых контактов

Лица, у которых был половой, близкий личный или бытовой контакт с инфицированным человеком в течение предшествующего месяца, должны пройти обследование на наличие чесотки. В случае обнаружения заражения этим пациентам назначают лечение.

Управление вспышками инфекции в сообществах, домах престарелых и других учреждениях

Эпидемии чесотки часто связаны с домами престарелых, больницами, жилыми домами и другими сообществами [1420, 1421]. Для борьбы с такими

эпидемиями проводят лечение всех представителей сообщества, подвергающихся риску распространения инфекции. В некоторых случаях может быть рассмотрено применение ивермектина внутрь, особенно если местные скабициды оказались неэффективны. Массовое лечение ивермектином перорально характеризуется высокой эффективностью в снижении распространенности чесотки в эндемичных районах [1422]. Контролю эпидемии способствуют консультации со специалистом.

Особые указания

Младенцы, маленькие дети, беременные или кормящие

Перметрин рекомендован для лечения младенцев и маленьких детей. Безопасность ивермектина у детей с массой тела менее 15 кг не установлена. Линдан[®] не применяют у детей в возрасте менее 10 лет. Хотя ивермектин, вероятно, несет низкий риск для беременных и совместим с грудным вскармливанием, предпочтительно использование перметрина, так как данные о применении ивермектина у беременных и кормящих ограничены [431] (см. «Лобковый педикулез»).

Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека

Пациенты с ВИЧ-инфекцией с неосложненной чесоткой должны получать те же схемы лечения, что и лица без ВИЧ. Однако пациенты с ВИЧ-инфекцией и другие люди с ослабленным иммунитетом подвергаются повышенному риску развития крустозной чесотки. Именно поэтому лечение должно быть проведено по согласованию со специалистом с учетом иммунного статуса пациента.

Сексуальное насилие, жестокое обращение и инфекции, передаваемые половым путем

Подростки и взрослые

Эти руководящие принципы преимущественно касаются выявления, профилактики и лечения ИППП, связанных с ситуациями сексуального насилия по отношению к подросткам и совершеннолетним женщинам. Однако некоторые из следующих рекомендаций могут быть применимы

и к мужчинам, пережившим сексуальное насилие. Документирование результатов, сбор немикробных образцов для судебно-медицинской экспертизы, а также помощь в случае наступления беременности, физической и психологической травмы выходят за рамки этих рекомендаций.

Пострадавших от сексуального насилия должен обследовать опытный врач таким образом, чтобы не усугубить их состояние. Решение о сборе генитальных или других образцов для диагностики ИППП принимают индивидуально. Службы помощи жертвам насилия должны быть организованы таким образом, чтобы обеспечить непрерывную поддержку пострадавших, включая своевременный анализ результатов исследований, помощь в соблюдении предписаний и мониторинг побочных реакций в отношении назначенных терапевтических или профилактических режимов.

Законодательство всех 50 штатов США ограничивает использование анамнеза половой жизни жертвы, в том числе информацию о ранее приобретенной ИППП, с целью подорвать доверие к показаниям. В большинстве штатов существуют привилегии, запрещающие раскрытие информации о любых аспектах обследования или лечения.

Хотя это происходит редко, обследование на ИППП может быть отложено по разным причинам, пациент и врач могут совместно принять решение об отсрочке тестирования. Несмотря на то что сбор образцов при первичном обследовании для лабораторного подтверждения ИППП позволяет избежать эмпирического превентивного антимикробного лечения, последующая приверженность режиму посещений специалиста обычно неудовлетворительна.

У взрослых, ведущих активную половую жизнь, обнаружение ИППП может указывать на инфекцию, приобретенную до случая насилия, и поэтому может быть более важным с медицинской точки зрения, чем с юридической.

Трихомониаз, БВ, гонорея и хламидиоз — наиболее часто диагностируемые инфекции у женщин, подвергшихся сексуальному насилию. Такие состояния распространены среди населения, и выявление этих инфекций после нападения необязательно означает, что заражение произошло во время нападения. Тем не менее обследование после нападения представляет важную возможность для обнаружения или предотвращения ИППП. Особое беспокойство вызывают хламидийная и гонококковая инфекции у женщин из-за угрозы восходящей инфекции. Кроме того, ВГВ-инфекцию можно предотвратить с помощью постконтактной вакцинации (см. «Инфекция, вызванная вирусом гепатита В»). Поскольку лица, подвергшиеся

сексуальному насилию, подвержены риску заражения [1426, 1427], вакцинация против ВПЧ также рекомендована женщинам и мужчинам в возрасте до 26 лет (<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/hpv.html>) [11]. Женщин-жертв репродуктивного возраста нужно обследовать на возможную беременность и предложить экстренную контрацепцию.

Диагностика инфекций, передаваемых половым путем, среди подростков и взрослых

Первичное обследование

Решение о проведении следующих тестов следует принимать индивидуально. Первичное обследование после сексуального насилия может включать следующее.

- Исследование образцов контактных участков тела с помощью МАНК на *C. trachomatis* и *N. gonorrhoeae* [553]. Использование этих методов предпочтительно для диагностической оценки подростков или взрослых, переживших сексуальное насилие.
- Женщинам следует предложить тестирование мочи или вагинальных образцов с применением МАНК на *T. vaginalis*. Для подтверждения БВ и кандидоза, особенно при наличии вагинальных выделений, неприятного запаха или зуда, следует провести стандартную микроскопию или микроскопию влажного препарата вагинальных выделений с измерением pH влагалища и использованием щелочи (КОН) с последующей оценкой запаха.
- Лицам группы МСМ следует предложить скрининг на *C. trachomatis* и *N. gonorrhoeae*, если они сообщают об эпизодах орального или анального секса в течение предыдущего года независимо от того, вовлечены ли были эти анатомические области в половой контакт во время нападения. Аноскопию рассматривают в случае анального проникновения.
- Образец сыворотки крови тестируют на ВИЧ, ВГВ и сифилис.

Лечение

Жертвы сексуального насилия [1423–1425] обычно проявляют недостаточную приверженность режиму повторных посещений врача. Рекомендации для жертв сексуального насилия следующие.

- Необходима эмпирическая антибактериальная терапия хламидиоза, гонореи и трихомониаза у женщин, а также хламидиоза и гонореи у мужчин.

- Следует обдумать вопрос об экстренной контрацепции, если в результате нападения существует риск беременности (см. «Экстренная контрацепция»).
- Необходима постконтактная вакцинация против гепатита В (без введения НВИГ), если статус в отношении вирусных гепатитов нападавшего неизвестен, а жертва ранее не была вакцинирована. В случае НВ_sAg-положительного статуса нападавшего невакцинированным жертвам предлагают вакцинацию против гепатита В, а также введение НВИГ. Вакцинацию жертв сексуального насилия и введение им НВИГ при наличии показаний осуществляют во время первичного осмотра, а последующие дозы вакцины вводят через 1–2 и 4–6 мес после первой. Жертвы, которые ранее были вакцинированы, но не прошли поствакцинальное тестирование, должны получить одну бустерную дозу вакцины (см. «Вирус гепатита В»).
- Необходимо провести вакцинацию против ВПЧ жертв женского и мужского пола в возрасте 9–26 лет, если они не были вакцинированы или не завершили курс вакцинации [11] (<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/hpv.html>). Вакцину жертвам сексуального насилия вводят во время первоначального обследования, а последующие дозы — через 1–2 и 6 мес после первой. Схема двукратного введения (0 и 6–12 мес) предназначена для лиц младше 15 лет.
- Рекомендации для ПКП ВИЧ дают в каждом конкретном случае в соответствии с риском (см. «Риск заражения вирусом иммунодефицита человека»; «Оценка риска заражения вирусом иммунодефицита человека среди подростков и взрослых менее чем через 72 ч после сексуального насилия»).

Рекомендуемая схема лечения подростков и совершеннолетних женского пола, переживших сексуальное насилие:

- цефтриаксон по 500 мг внутримышечно однократно (пациентам массой тела 150 кг и более вводят цефтриаксон в дозе 1 г) плюс
- доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 сут плюс
- метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 сут

Рекомендуемая схема лечения подростков и совершеннолетних мужского пола, переживших сексуальное насилие:

- цефтриаксон по 500 мг внутримышечно однократно (пациентам массой тела 150 кг и более вводят цефтриаксон в дозе 1 г) плюс
- доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 сут

Медицинские работники должны предоставлять информацию относительно возможных преимуществ и токсичности, связанных с указанными схемами лечения. При использовании указанных комбинаций препаратов могут наблюдаться побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта. Эффективность этих схем в предотвращении инфекций после сексуального насилия не оценивали. Альтернативные методы лечения конкретных инфекций представлены в соответствующих разделах данного издания.

Другие аспекты лечения

При первичном обследовании и, если есть соответствующие показания, при контрольных осмотрах пациентам следует предоставить информацию о симптомах ИППП, а также о необходимости немедленного обследования при их возникновении. Кроме того, пациентам сообщают о необходимости воздерживаться от половых контактов до завершения профилактического лечения ИППП.

Последующее наблюдение

После первичного осмотра, проведенного после нападения, на последующих приемах существует возможность выявить новые инфекции, приобретенные во время или после нападения, а также завершить курс вакцинации против гепатита В и ВПЧ, если необходимо. Кроме того, важно обеспечить полноценное консультирование и лечение других инфекций, а также отслеживать побочные эффекты и предложить ПКП. Если было выполнено первичное тестирование, следующий визит должен состояться в течение недели для проведения беседы с пациентом в случае положительных результатов тестов, а также контроля продолжения лечения, если оно не было завершено в ходе первичного визита, и создания возможности для последующего мониторинга. Если первоначальные тесты были отрицательными и лечение не назначали, повторное исследование на ИППП может быть проведено через 1–2 нед после инцидента. Повторное тестирование позволяет выявить инфекционные агенты, которые могли содержаться в недостаточной концентрации для положительного результата теста при первом обследовании. Среди жертв, которые получили лечение при первом визите, независимо от первично осуществленного тестирования, повторное тестирование после терапии следует проводить только при наличии симптомов. Если первоначальные результаты исследования были отрицательными, а исключить инфекцию у нападавшего невозможно, серологическое тестирование на сифилис может быть выполнено повторно

через 4–6 нед и 3 мес; исследование на ВИЧ может быть проведено повторно через 6 нед и 3 мес с помощью рекомендованных методов обнаружения острой ВИЧ-инфекции.

Риск заражения вирусом иммунодефицита человека

ВИЧ-сероконверсия отмечена среди лиц, единственным известным фактором риска у которых было сексуальное насилие в анамнезе, но частота таких случаев невелика [1428, 1429]. Вероятность передачи ВИЧ-инфекции при вагинальном половом акте по обоюдному согласию составляет 0,08%, а при рецептивном анальном половом акте — 1,38% [192]. Риск передачи ВИЧ при оральном сексе значительно ниже. Особые обстоятельства нападения (например, кровотечение, которое часто сопровождается травматическое повреждение) могут увеличить риск передачи ВИЧ в случаях, связанных с вагинальным, анальным или оральным проникновением. Место контакта эякулята, вирусная нагрузка в эякуляте, а также наличие ИППП или поражения половых органов у нападавшего или выжившего также могут повысить риск приобретения ВИЧ.

28-дневный курс применения зидовудина в рамках ПКП связан со снижением риска заражения на 81% в случае чрескожного воздействия ВИЧ-зараженной крови у медицинских работников [1430]. На основе этих результатов и результатов исследований на животных медицинским работникам, подвергающимся профессиональному воздействию ВИЧ, рекомендована ПКП [1431]. Эти результаты также могут быть применимы к случаям бытового введения инъекционных препаратов и контактов с ВИЧ-инфекцией в результате полового акта. При первоначальном осмотре жертв нападения следует оценить возможность контакта с ВИЧ-инфекцией и в случае выявления риска приобретения ВИЧ-инфекции следует предоставить информацию о потенциальной пользе ПКП в предотвращении передачи ВИЧ. Как можно более раннее применение ПКП после контакта повышает вероятность профилактического эффекта.

На медицинские рекомендации по ПКП может влиять ряд факторов, включая вероятный ВИЧ-статус нападавшего, особенности воздействия, которые могут увеличить риск передачи ВИЧ-инфекции, время, прошедшее после события, а также потенциальные преимущества и риски, ассоциированные с ПКП [1431]. Установить ВИЧ-статус нападавшего на момент первичного осмотра обычно невозможно, поэтому медицинские работники анализируют доступную информацию о характеристиках нападавшего, связанных

с рисками наличия ВИЧ-инфекции (например, характер полового поведения МСМ или употребление инъекционных наркотиков), эпидемиологией ВИЧ/СПИДа в регионе и особенностями экспозиции в данном случае. При неизвестном ВИЧ-статусе нападавшего оценку риска передачи вируса жертве основывают на таких факторах, как наличие вагинального или анального проникновения, контакт спермы с слизистой оболочкой, участие нескольких нападавших, поражение слизистой оболочки у нападавшего или жертвы, а также на других особенностях, которые могут увеличить риск передачи ВИЧ.

При обсуждении ПКП с пострадавшим остаются на следующих вопросах: необходимость как можно более раннего начала профилактики, но не позднее 72 ч после нападения, важность соблюдения рекомендуемых доз и возможные потенциальные побочные эффекты антиретровирусных препаратов. Медицинский персонал должен подчеркнуть, что серьезные побочные эффекты от ПКП встречаются редко [1431–1435]. Клиническое наблюдение за пострадавшим проводят в соответствии с руководствами по ПКП ВИЧ и в сотрудничестве со смежными специалистами [1436]. Медицинский персонал должен обеспечить начальный курс лечения в течение 3–7 сут (первичный набор необходимых медикаментов) и выписать рецепт для получения оставшейся части курса или, если невозможно предоставить первичный набор необходимых медикаментов на месте, выдать рецепт на весь 28-дневный курс. Предоставление полного 28-дневного курса ПКП при первом посещении увеличивает вероятность соблюдения режима, особенно если у пациентов существуют ограничения в отношении возможности повторного посещения [1437]. Для рутинной выдачи стартовых наборов медикаментов или препаратов для полного 28-дневного курса врачи должны обладать возможностью хранить и предоставлять препараты ПКП в своем учреждении или устанавливать договоренности с аптекой. Незастрахованным пациентам или пациентам, для которых общая сумма затрат слишком высока, может быть оказана помощь в рамках специальных программ, чтобы обеспечить доступ к препаратам ПКП. Планируйте заранее следующее посещение, на котором можно обсудить результаты теста на ВИЧ и ИППП, осуществить дополнительное консультирование, провести вакцинацию, не выполненную при первичном обследовании, оценить побочные эффекты препаратов и соблюдение режима приема лекарств, внести изменения в режим ПКП в случае возникновения побочных эффектов или получения новых результатов лабораторных исследований.

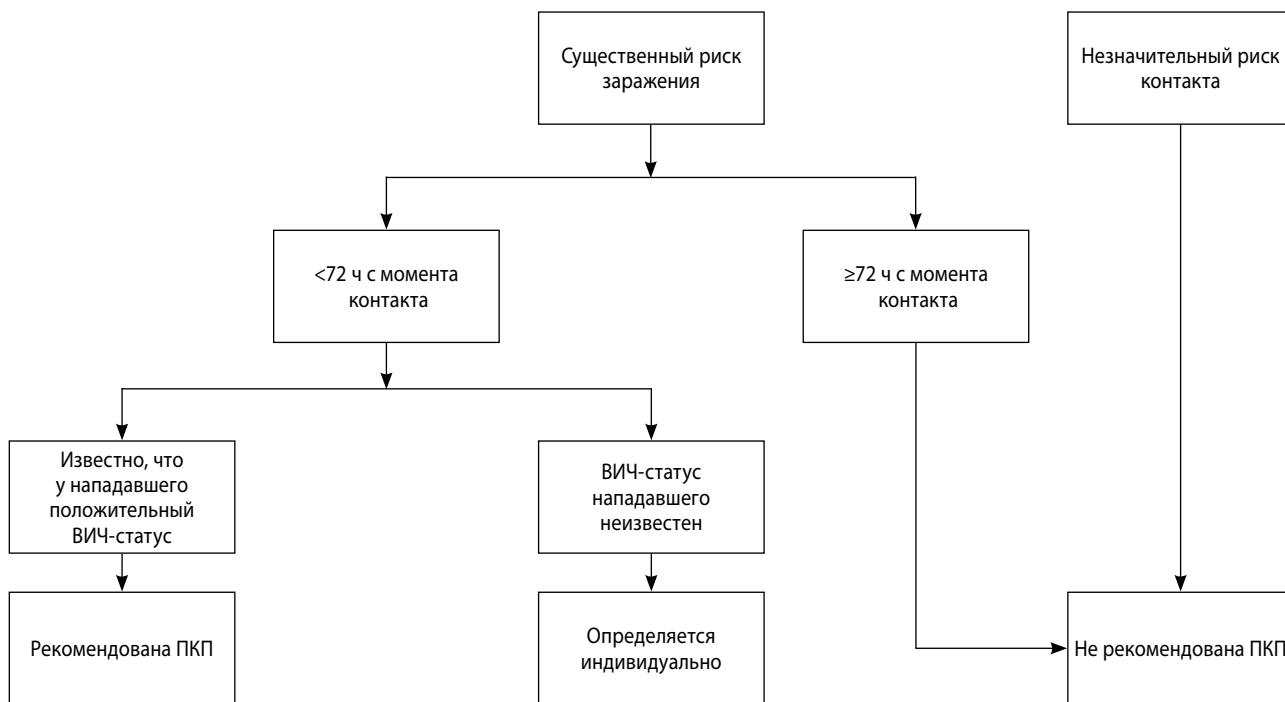
Оценка риска заражения вирусом иммунодефицита человека среди подростков и взрослых менее чем через 72 ч после сексуального насилия

Медицинские работники должны выполнить следующие действия.

- Оценить риск наличия ВИЧ-инфекции у нападавшего и протестировать его на ВИЧ, если возможно.
- Использовать алгоритм для оценки пострадавшего на необходимость ПКП ВИЧ (рис. 1) [1436].
- Проконсультироваться со специалистом по лечению ВИЧ-инфекции, если рассматривают ПКП.
- При риске заражения ВИЧ-инфекцией в результате нападения обсудить с пациентом возможность ПКП, в том числе ее преимущества и риски.
- Если пострадавший предпочитает начать ПКП, предоставить пациенту начальный курс лечения на 3–7 сут (набор медикаментов

для первичной терапии), выдать рецепт на оставшуюся часть курса терапии или предоставить рецепт на весь 28-дневный курс. Запланировать ранний контрольный визит для обсуждения результатов анализов и предоставления дополнительных консультаций [1438].

- До проведения ПКП оценить исходный уровень креатинина в сыворотке крови, а также активность аспаратаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы.
- Выполнить ВИЧ-тест на антитела при первом обследовании, повторить через 6 нед и 3 мес.
- Сообщить пострадавшему о сохраняющемся риске приобретения ВИЧ, предоставить консультацию в отношении ДКП ВИЧ и выписать рецепт на получение препаратов для ДКП.
- Информировать пострадавшего, что ПКП можно получить, позвонив на горячую линию Национального центра по постконтактной профилактике ВИЧ по соответствующему телефону (свой в каждой стране).



Существенный риск заражения

Контакт с инфекцией области влагалища, прямой кишки, глаз, рта или слизистой оболочки других участков тела, поврежденного кожного покрова или чрескожное проникновение

С кровью, спермой, вагинальными выделениями, ректальными выделениями, грудным молоком или любой жидкостью организма, которая явно загрязнена кровью.

Известно, что у нападавшего положительный ВИЧ-статус

Незначительный риск контакта

Контакт с инфекцией области влагалища, прямой кишки, глаз, рта или слизистой оболочки других участков тела, области неповрежденной кожи, поврежденного кожного покрова или чрескожное проникновение

С мочой, выделениями из носа, слюной, потом или слезной жидкостью, если они визуально не загрязнены кровью

Независимо от ВИЧ-статуса нападавшего

Рис. 1. Алгоритм оценки необходимости проведения постконтактной профилактики заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) среди взрослых и подростков, переживших сексуальное насилие. ПКП — постконтактная профилактика (адаптировано из: Announcement: updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV — United States, 2016 // MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep. 2016. Vol. 65. P. 458)