

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист по дерматовенерологии
и косметологии Департамента
здравоохранения города Москвы



Н.Н. Потекаев

17 мая 2024 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 9



17 июня 2024 г.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК
С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИЙ,
ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Методические рекомендации № 34

Москва
2024

УДК 616.97

ББК 55.81

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»)

Рецензенты:

С. А. Масюкова – профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного обучения (МИНО) ФГБОУ ВО «Российский биотехнический университет (РОСБИОТЕХ), доктор медицинских наук, профессор;

Л. С. Круглова – проректор по учебной работе, зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор.

Составители:

Н. Н. Потекаев – директор ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», зав. кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор;

О. В. Жукова – главный врач ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», зав. кафедрой дерматовенерологии и аллергологии с курсом иммунологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», доктор медицинских наук, профессор;

О. В. Доля – заместитель директора по научной работе ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», доктор медицинских наук;

В. И. Кисина – главный научный сотрудник ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор;

А. Е. Гуцин – ведущий научный сотрудник ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», кандидат биологических наук;

Н. В. Фриго – руководитель отдела научно-прикладных методов исследования ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», доктор медицинских наук;

М. В. Мусакова – врач-дерматовенеролог ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»;

И. В. Романова – зав. отделением, врач-дерматовенеролог ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», кандидат медицинских наук;

Г. Л. Колиева – научный сотрудник ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», кандидат медицинских наук.

Тактика ведения пациенток с экстрагенитальными формами инфекций, передаваемых половым путем: методические рекомендации / [сост. Н. Н. Потекаев и др.]. – М.: ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», 2024. – 27 с.

На основании практических и научных данных представлена информация о способности инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), локализоваться в экстрагенитальных локусах, о тактике ведения и лечения таких пациенток.

Предназначены для врачей-дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, проктологов, отоларингологов, офтальмологов и других специалистов, в компетенции которых могут находиться пациентки с экстрагенитальными формами ИППП.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения темы НИР «Научное обоснование и разработка персонализированных подходов к ведению пациентов с заболеваниями и новообразованиями кожи и инфекциями, передаваемыми половым путем»

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

ISBN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2024

© ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», 2024

© Коллектив авторов, 2024

Оглавление

Список сокращений	5
Нормативные ссылки	6
Определения	7
Введение	8
1. Эпидемиология	9
2. Клинические проявления ИППП экстрагенитальной локализации	12
3. Диагностика экстрагенитальных форм ИППП	15
3.1. Методика получения биологического материала	16
3.2. Лабораторная диагностика	18
4. Лечение экстрагенитальных форм ИППП	19
Заключение	23
Список литературы	24

Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

в/м – внутримышечное введение

ВПГ, ВПГ-1, ВПГ-2 – вирус простого герпеса, вирус простого герпеса 1 и 2 типа

ВПЧ – вирус папилломы человека

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МАНК – методы амплификации нуклеиновых кислот

ПЦР – полимеразная цепная реакция

HPV – *Human Papillomavirus*, вирус папилломы человека

HSV-1, HSV-2 – *Herpes simplex virus 1, 2*, вирус простого герпеса 1 и 2 типа

Нормативные ссылки

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология»: утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 924н.

ГОСТ 7.0–99. СИБИД. Информационно-библиотечная деятельность, библиография. Термины и определения.

ГОСТ Р 7.0.1–2003. СИБИД. Издания. Знак охраны авторского права. Общие требования и правила оформления.

ГОСТ Р 7.0.12–2011. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Сокращение слов и словосочетаний на русском языке. Общие требования и правила.

ГОСТ Р 7.0.49–2007. СИБИД. Государственный рубрикатор научно-технической информации. Структура, правила использования и ведения.

ГОСТ Р 7.05–2008. СИБИД. Библиографическая ссылка. Общие требования и правила оформления.

ГОСТ Р 7.053–2007. СИБИД. Издания. Международный стандартный книжный номер. Использование и издательское оформление.

Определения

В настоящем документе применяют следующие термины с соответствующими определениями:

- инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), – группа заболеваний, к которой, в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), относятся: сифилис, гонококковая и уrogenитальная хламидийная инфекции, уrogenитальный трихомониаз, паховая гранулема (донованоз), шанкроид (мягкий шанкр), венерическая лимфогранулема, аногенитальная герпетическая инфекция, аногенитальные (венерические) бородавки;

- экстрагенитальные формы инфекций, передаваемых половым путем, способные инфицировать экстрагенитальные локусы (в том числе орoфарингеальную область, конъюнктиву, аноректальную область), изолированно или совместно с органами уrogenитального тракта;

- базовая терапия – основная схема лечения;

- альтернативная терапия – возможная в применении схема лечения (непереносимость препаратов базовой терапии и/или противопоказания, приверженность пациента и др.);

- супрессивная терапия – длительно применяемая схема противовирусной терапии (в среднем 6–12 месяцев), нацеленная на предотвращение развития рецидивов герпетической инфекции;

- первая линия терапии – схема лечения, рекомендуемая к использованию в первую очередь, «золотой стандарт»;

- вторая линия терапии – схема лечения, используемая при том или ином заболевании в случае неэффективности/невозможности назначения препаратов первой линии терапии.

Введение

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), в настоящее время остаются значимой проблемой общественного здравоохранения [1]. Своевременная диагностика и лечение ИППП позволяет предотвратить инфицирование половых партнеров и новорожденных, а также снизить риск развития осложнений.

ИППП могут быть обусловлены как бактериальными и/или протозойными, так и вирусными этиологическими агентами, среди которых наибольшее клиническое значение имеют *Tr. pallidum*, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*, а также *Herpes simplex virus 1, 2* (*HSV-1* и *HSV-2*) и *Human Papillomavirus* (*HPV*).

Наряду с поражением органов мочеполовой системы возбудители ИППП способны вызывать воспалительный процесс как в органах мочеполовой системы, так и в экстрагенитальных локусах (прямая кишка, ротоглотка, конъюнктива глаз и др.), при этом экстрагенитальные и урогенитальные проявления ИППП нередко протекают одновременно [5, 20, 25, 27].

К факторам риска инфицирования и передачи ИППП относятся: молодой возраст (<25 лет), частая смена половых партнеров, ИППП в анамнезе, отсутствие использования барьерных методов контрацепции, занятие коммерческим сексом и др. [35]. Таким образом, современные тенденции разнообразных практик сексуальных контактов (аногенитальные, орогенитальные) способствуют развитию экстрагенитальных форм ИППП.

Экстрагенитальные формы ИППП характеризуются преимущественно субъективно асимптомным течением и являются скрытыми резервуарами ИППП [28].

Исследование биологического материала из экстрагенитальных локусов на ИППП, включая ротоглотку и прямую кишку, является новой практикой, основанной на доказательных исследованиях, подчеркивающих возможность развития инфекции в различных органах. Особое внимание необходимо уделять пациенткам из групп риска (возраст 15–25 лет, занятие коммерческим сексом, ИППП в анамнезе, лица, находящиеся в учреждениях пенетрационной системы, наркотическая/алкогольная зависимость, частая смена половых партнеров) [2,15].

В настоящем документе изложены особенности клинического течения, диагностики и лечения экстрагенитальных форм ИППП у женщин.

1. Эпидемиология

Согласно зарубежным литературным данным, большинство экстрагенитальных ИППП у женщин чаще протекают асимптомно: при гонококковой инфекции – до 93 % случаев фарингеальной и до 100 % случаев поражения аноректальной области; при хламидийной инфекции – до 100 % случаев инфицирования как ротоглотки, так и прямой кишки [23, 33].

В соответствии с рекомендациями международных экспертов по ИППП при обследовании женщин, практикующих оральные и аногенитальные сексуальные контакты, рекомендуется в дополнение к тестированию генитальных образцов также исследовать ректальные и орофарингеальные образцы на *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, так как экстрагенитальные локусы являются скрытыми резервуарами для постоянной передачи и циркуляции ИППП в популяции [27, 38].

По данным многоцентрового научного исследования с участием более 4 000 мужчин и женщин с экстрагенитальной сексуальной активностью фарингеальная гонококковая и хламидийная инфекции выявлены у 4 % и 1,5 % соответственно; ректальная гонококковая и хламидийная инфекции – у 10,5 % и 14,3 % соответственно [33].

Особую группу представляют женщины, практикующие секс с женщинами, которые используют разнообразный набор сексуальных практик. Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) рекомендуют, чтобы скрининг таких пациенток на *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis* основывался на подробном изучении сексуального анамнеза с получением биологического материала из различных локусов [19, 38].

Немногочисленные клинические исследования проведены по изучению ректальной и оральной *T. vaginalis*-инфекции. В одном исследовании с участием 497 мужчин и женщин, практикующих анальные половые контакты, *T. vaginalis* была выявлена в прямой кишке в 5,2 % случаев (у 26 пациентов из 497 человек) с помощью метода амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) в клинических центрах в Питтсбурге [28]. Популяционные исследования по изучению вопроса о выявлении *T. vaginalis* в ротоглотке не проводились. Опубликовано наблюдение, в котором *T. vaginalis* являлась этиологическим агентом гнойного синусита [28]. Также в литературе имеется описание клинического наблюдения конъюнктивита, вызванного *T. vaginalis* у мужчины [14].

Экстрагенитальные формы ИППП могут быть также обусловлены вирусным этиологическими агентами, в частности *Herpes simplex virus* 1 и 2 типов (HSV-1 и HSV-2) и *Human Papillomavirus* (HPV).

Первичное инфицирование органов урогенитальной системы вирусами простого герпеса 1 и 2 типа (ВПГ, ВПГ-1, ВПГ-2), как правило, происходит при всех формах сексуальных контактов. Инфицирование ВПГ-1 и ВПГ-2 приводит либо к последующему развитию заболевания с

появлением типичных клинических симптомов, либо вирус выделяется в момент репликации без каких-либо клинических проявлений. В любом случае ВПГ проникает в ближайшие нервные ганглии, где может длительно находиться в латентном состоянии и периодически реактивируется. Наибольший риск передачи ВПГ отмечается при наличии клинических проявлений, но ВПГ активно выделяется и в продромальный период. Таким образом, инфицирование другого человека может происходить и при бессимптомном вирусывыделении [4, 7, 39].

Аногенитальные (венерические) бородавки – инфекция, передаваемая преимущественно половым путем, вирусного происхождения. Заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека (ВПЧ) и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, также может поражаться уретра, влагалище, шейка матки, перианальная область [6]. Большинство случаев (до 90 %) ВПЧ у женщин вызывается 6/11 типами. Среднее время между инфицированием у женщин и развитием аногенитальных бородавок составляет около 5–6 месяцев. Аногенитальные бородавки чаще регистрируются у молодых людей, имеющих большое число половых партнеров [8, 29].

Скрининг экстрагенитальных локусов на ИППП, обусловленных как вирусными, так и невирусными инфекционными агентами, способствует увеличению частоты выявления ИППП, предотвращению рецидивов заболевания и инфицирования половых партнеров пациенток с ИППП, получению достоверных статистических данных по заболеваемости ИППП.

Пути инфицирования экстрагенитальных локусов женщин невирусными ИППП:

- прямой путь передачи *Treponema Pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Herpes simplex virus*, *Human Papillomavirus* от инфицированного полового партнера при любой форме сексуальных контактов (генитогенитальных, аногенитальных или орогенитальных);
- инфицирование возбудителями ИППП аноректальной области вследствие анатомо-физиологических особенностей строения женского организма (контаминация анальной области инфицированными вагинальными выделениями);
- инфицирование конъюнктивы глаз, как вследствие прямого контакта с половыми органами сексуального партнера, так и вследствие аутоинфицирования [37, 39].
- контактно-бытовой путь (при бытовом контакте с инфицированными, имеющими сифилитические высыпания на коже и/или слизистых оболочках);

- профессиональный (инфицирование персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными, а также врачей).

Пути инфицирования экстрагенитальных локусов женщин **вирусными ИППП:**

✓ ВПГ:

- прямой путь: инфицирование происходит при любых формах сексуальных контактов, вне зависимости от наличия клинических проявлений на коже или слизистых оболочках партнера (риск передачи HSV максимален при манифестации заболевания, а также в продромальный период) [39, 42];

- аутоинфицирование;

✓ ВПЧ:

- прямой путь: инфицирование происходит при любых формах сексуальных контактов;

- медицинские работники могут инфицироваться во время лазерной деструкции аногенитальных бородавок, вдыхая образующийся дым, содержащий вирус (преимущественное инфицирование ротоглотки);

- возможность аутоинокуляции изучена недостаточно.

2. Клинические проявления ИППП экстрагенитальной локализации

Экстрагенитальные поражения у женщин **при гонококковой, хламидийной и *M. genitalium* инфекциях** характеризуются следующими клиническими симптомами:

- поражение аноректальной области [9, 13, 32]:
 - ✓ чаще субъективно асимптомное течение;
 - ✓ иногда определяются гиперемия кожных покровов, трещины в аноректальной области, незначительные выделения из анального отверстия, редко возникают болезненные тенезмы, боль при акте дефекации, дисфункция кишечника;
- поражение ротоглотки:
 - ✓ асимптомное течение;
 - ✓ в редких случаях может проявляться гиперемией, отечностью ротоглотки и миндалин, сухостью в горле, болезненностью при глотании, осиплостью голоса [10; 18];
- инфицирование структур глаза:
 - ✓ слезотечение, гиперемия и отечность век, светобоязнь, наличие гнойного экссудата в конъюнктивальном мешке (при различной степени выраженности клинических симптомов) [36].

Экстрагенитальные поражения **при урогенитальном трихомониазе** встречаются крайне редко [10, 17].

Экстрагенитальные проявления **при сифилисе.**

При первичном сифилисе в месте инвазии *Treponema pallidum* развивается первичный аффект (твердый шанкр) – эрозия или язва диаметром от 2–3 мм (карликовый шанкр) до 1,5–2 см и более (гигантский шанкр), округлых очертаний, с ровными краями, гладким, блестящим дном розового или красного, иногда серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы (язва), со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании первичной сифиломы – плотноэластический инфильтрат.

Первичный аффект часто сочетается с регионарным лимфаденитом и/или лимфангитом; может протекать в типичной (эрозивный, язвенный) и атипичной (индуративный отек, шанкр-панариций и шанкр-амигдалит) формах; быть единичным и множественным; генитальным, перигенитальным и экстрагенитальным; осложненным при присоединении вторичной инфекции. В конце первичного периода может появиться полиаденит и интоксикационный синдром.

Характеристика атипичных форм первичного аффекта:

- индуративный отек – клинически проявляется односторонним безболезненным уплотнением и отеком; может локализоваться в области клитора, больших и малых половых губ; пораженный участок увеличивается в размерах, приобретает красно-синюшную окраску, при этом при надавливании пальцем на область отека – отсутствует углубление;

- шанкр-панариций – клинически проявляется отеком и резко болезненной инфильтрацией ногтевой фаланги кисти, при этом палец приобретает булабовидную форму с багрово-синюшной окраской;

- шанкр-амигдалит – клинически проявляется отеком и гиперемией миндалин, без язвенных элементов; могут развиваться признаки интоксикации, повышение температуры тела, боли в горле.

Подробная информация о клинических проявлениях сифилиса, гонококковой, хламидийной, *M. genitalium* инфекций и урогенитального трихомониаза мочеполового тракта представлена в соответствующих в методических/клинических рекомендациях [3, 9, 11–13].

Клинические проявления вирусных экстрагенитальных ИППП у женщин характеризуются следующими клиническими симптомами:

- ВПГ-1 [7, 26, 31, 34]:
 - ✓ орально-фарингеальное поражение (высыпания характеризуются болевым синдромом с возможной иррадиацией в голову, шею), первичные элементы при герпетическом поражении представлены красными папулами, везикулами, заполненными серозным экссудатом; локализация высыпаний: задняя стенка глотки, миндалины, мягкое небо, язык; возможно появление системной интоксикации, повышение температуры, регионарный лимфаденит;
 - ✓ лабиальный герпес;
 - ✓ поражение структур глаза (кератит, конъюнктивит): чаще односторонняя локализация высыпаний в области век (везикулы); воспаление сопровождается отеком, гиперемией конъюнктивы, появлением слизистых, затем гнойных выделений; везикулы имеют тенденцию к изъязвлению;
 - ✓ возможно развитие герпетиформной экземы, энцефалита [26, 31];
- ВПГ-2:
 - ✓ поражение аногенитальной области характеризуется гиперемией и отеком кожных покровов и слизистых оболочек в области поражения: у женщин – в области вульвы, клитора, влагалища, шейки матки, лобка, промежности, перианальной области; высыпания представлены единичными или множественными везикулами с прозрачным экссудатом, которые, вскрываясь, образуют поверхностные эрозии; возможно увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов [26];
 - ✓ возможно развитие менингита [18], миокардита [21];
- ВПЧ [8]:
 - ✓ аногенитальные бородавки могут локализоваться на поверхности кожи и/или слизистых оболочек, клинически появляются папулами/кандиломами с «пестрым» или петлеобразным рисунком;
 - ✓ бовеноидный папулез (болезнь Боуэна) проявляется папулами/пятнами с гладкой или бархатистой поверхностью; цвет

элементов в местах поражения слизистой оболочки – бурый или оранжево-красный [16, 24, 30];

✓ гигантская кандилома Бушке-Левенштайна – мелкие бородавчатоподобные папилломы, сливающиеся между собой и образующие очаг поражения с широким основанием;

✓ имеется риск развития интраэпителиальной неоплазии; в настоящее время к вирусам высокого онкогенного риска отнесены 15 генотипов HPV (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82) [41].

3. Диагностика экстрагенитальных форм ИППП

Диагноз экстрагенитальной формы ИППП базируется на основании изучения анамнестических данных, оценки клинической картины заболевания и результатов лабораторных исследований биологического материала.

Изучение анамнестических данных:

- анамнез заболевания: имеются ли субъективные симптомы (жалобы) на какие-либо заболевания, динамика развития патологического процесса, применение системных или/и местных лекарственных средств самостоятельно или по назначению врача;
- имеются ли у полового партнера урогенитальные и/или экстрагенитальные симптомы урогенитальных заболеваний, в течение какого периода времени, результаты обследования и/или лечения;
- анамнез жизни: социальное положение, профессиональные вредности, соматические заболевания, аллергологический анамнез, наличие алкогольной/наркотической зависимости;
- сексуальный анамнез: сексуальная ориентация, возраст начала половой жизни, семейное положение, наличие/отсутствие постоянного полового партнера, характер сексуальных контактов – вагинальный, оральный, анальный, дата последнего полового контакта; смена полового партнера в течение последних 6 месяцев, наличие нескольких половых партнеров;
- гинекологический анамнез: возраст начала менструального цикла, возраст начала половой жизни, нарушения менструальной функции, число беременностей и их исход, нарушение репродуктивной функции, заболевания урогенитального тракта, гинекологические заболевания;
- факторы повышенного риска развития ИППП: возраст < 25 лет, ИППП в анамнезе у пациентки и/или у полового партнера, частая смена полового партнера, наличие нескольких половых партнеров; наличие случайных половых контактов без использования барьерных средств контрацепции, урогенитальные инфекции или наличие симптомов урогенитальных заболеваний у половых партнеров, сексуальное насилие, занятие коммерческим сексом [17], отсутствие определенного места жительства.

Для **оценки клинических проявлений** урогенитальных и экстрагенитальных форм ИППП осуществляется физикальное обследование:

- осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек (включая ротоглотку и конъюнктиву глаз), пальпация регионарных лимфатических узлов;
- осмотр наружных половых органов, аноректальной области, пальпация живота;

- бимануальное гинекологическое обследование и обследование с помощью гинекологического зеркала Куско;
- оценка состояния уретры, парауретральных и больших вестибулярных желез;
- оценка критериев воспалительных заболеваний органов малого таза.

Клиническая картина экстрагенитальных локализаций ИППП:

- проктит: дискомфорт в прямой кишке или анусе; боль в области ануса постоянная или периодическая; зуд, жжение в области заднего прохода; чувство тяжести и давления в прямой кишке; гиперемия, отек тканей в области ануса; повышение температуры тела;
- фарингит: дискомфорт, боль, першение в горле; субфебрильная температура тела (не выше 38 °С); сухой навязчивый кашель; отечность, гнойный налет и язвы в ротоглотке; увеличение регионарных лимфоузлов);
- конъюнктивит: гиперемия век, жжение в области глаз, отек слизистой оболочки и повышенное слезотечение; слизистое или гнойное отделяемое в углах глаз (различная степень выраженности клинических проявлений);
- наличие на коже и/или слизистых оболочках генитальной и аногенитальной областей остроконечных кандилом, кератотических бородавок, папулезных бородавок, плоских бородавок, некоторые имеют потенциал для инвазивного роста (при ВПЧ).

3.1. Методика получения биологического материала

Получение биологического материала осуществляется из следующих локусов:

- из уретры, цервикального канала или влагалища;
- из конъюнктивы глаз (при поражении структур глаз);
- из ротоглотки (при наличии орорегенитальных сексуальных контактов);
- из ануса – независимо от наличия или отсутствия аногенитальных половых контактов (возможно аутоинфицирование из влагалища).

Процедура получения биологического материала из экстрагенитальных локусов для исследования на ИППП.

1. Рекомендации по подготовке пациентки перед явкой к врачу при планировании сдачи биологического материала из:

- аноректальной области:
 - ✓ необходимо воздержаться от гигиенической обработки аногенитальной области в течение 2–3 часов до проведения обследования;
 - ✓ необходимо воздержаться от аногенитальных половых контактов в течение не менее 12 часов до обследования;
- орофарингеальной области:

✓ необходимо воздержаться от приема пищи и гигиенической обработки полости рта в течение 2–3 часов до обследования;

✓ необходимо воздержаться от орорегенитальных половых контактов в течение 2–3 часов до обследования;

- конъюнктивы – подготовка не требуется.

2. Перед проведением процедуры врачу необходимо:

• оформить письменное информированное добровольное согласие на проведение манипуляции;

• предложить/помочь пациентке занять удобное положение: в гинекологическом кресле или на медицинской кушетке;

- обработать руки гигиеническим способом;

• использовать стерильные одноразовые перчатки при проведении процедуры.

3. Выполнение процедуры забора материала из:

- прямой кишки:

✓ забор биологического материала осуществляется со стенок прямой кишки вращательными движениями на глубине 3–4 см в течение 10 секунд;

✓ поместить набранный материал на предметное стекло и/или транспортную среду биологический материал;

- ротоглотки:

✓ получение биологического материала осуществляют со слизистой оболочки задней стенки глотки, миндалин одноразовым тампоном/зондом;

✓ поместить на предметное стекло и/или транспортную среду биологический материал;

- конъюнктивы глаз:

✓ после визуального осмотра области глаз необходимо стерильным тампоном удалить гнойный экссудат (при его наличии), для каждого глаза нужно использовать отдельные тампоны;

✓ отведя нижнее веко вниз, необходимо стерильным тампоном/зондом провести по внутренней поверхности конъюнктивы века от наружного угла глаза к внутреннему (для каждого глаза также необходимо использовать разные стерильные тампоны);

✓ поместить на предметное стекло и/или транспортную среду биологический материал.

4. Окончание процедуры:

- утилизировать расходный материал;
- обработать руки гигиеническим способом;
- заполнить медицинскую документацию.

3.2. Лабораторная диагностика

Для выявления как бактериальных/протозойных ИППП (*Treponema pallidum*, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*), так и вирусных ИППП (*HSV-1*, *HSV-2* и *HPV*) используются молекулярно-биологические методы диагностики (ПЦР).

В ряде случаев для верификации диагноза **гонококковой инфекции** – при обследовании беременных, детей до 18 лет, сексуальном насилии, необходимости определения чувствительности *Neisseria gonorrhoeae* к антибиотикам (при неэффективности лечения и/или рецидиве гонококковой инфекции) – используется культуральное исследование.

Также рекомендуется проведение серологического обследования на сопутствующие ИППП (сифилис, ВИЧ, вирусные гепатиты В и С):

- определение антител в крови к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) иммуноферментным методом (ИФА) или определение антител в сыворотке крови к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование);

- определение в крови антител к ВИЧ:

- определение антител классов М, G (IgM, IgG) к ВИЧ-1 (*Human Immunodeficiency Virus – 1*, HIV-1);

- определение антител классов М, G (IgM, IgG) к ВИЧ-2 (*Human Immunodeficiency Virus – 2*, HIV-2);

- исследование на вирусные гепатиты В и С – определение в крови антигена (HBsAg) вируса гепатита В (*Hepatitis B Virus*) и определение в крови антигена вируса гепатита С (*Hepatitis C Virus*).

Комментарий: Серологические исследования на сифилис, ВИЧ и вирусные гепатиты В и С следует проводить в соответствующие сроки, учитывая инкубационный период этих инфекций.

При выявлении изменений в соответствующих органах и системах для определения объема необходимого обследования и лечения в зависимости от выявленной патологии рекомендуются консультации смежных специалистов: акушера–гинеколога, уролога; офтальмолога, оториноларинголога, колопроктолога и других.

По данным научных исследований, проведенных в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (2021–2023 гг.), экстрагенитальные формы ИППП диагностированы у 5 % пациенток из общего числа обратившихся за медицинской помощью (из 210 женщин) или у 23 % из числа пациенток с ИППП. Установлено, что наиболее частой экстрагенитальной локализацией поражений являлась прямая кишка (64 %); на втором месте по частоте выявления возбудителей ИППП – ротоглотка (46,0 %) и на последнем месте – конъюнктивы (18,0 %). При этом субъективно асимптомное течение экстрагенитальных форм ИППП установлено в 78 % наблюдений.

4. Лечение экстрагенитальных форм ИППП

Лечение гонококковой и хламидийной инфекций экстрагенитальных локализаций представлено в таблице 1 [3, 9, 13, 20, 22, 40].

Таблица 1. Лечение гонококковой и хламидийной инфекций экстрагенитальных локализаций

Локализация	Лечение гонококковой инфекции	Лечение хламидийной инфекции
Орофарингиальная / ректальная	базовая терапия: – цефтриаксон 1 г в/м однократно + азитромицин 2 г внутрь однократно альтернативная терапия: – цефиксим 400 мг внутрь однократно + азитромицин 2 г внутрь однократно (если цефтриаксон недоступен или невозможно выполнить в/м инъекции или инъекционная схема отвергнута пациентом) или – спектиномицин 2 г в/м однократно + азитромицин 2 г внутрь однократно (при предположительной или подтвержденной резистентности к цефалоспорином широкого спектра либо наличии указаний в анамнезе на анафилаксию на пенициллины или	– доксициклин внутрь 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней (предпочтительно в случае ректальной инфекции) или – азитромицин внутрь 1 г однократно

	аллергию на цефалоспорины) или – цефтриаксон 1 г в/м однократно	
Инфицирование структур глаза (конъюнктивит / блефарит)	– цефтриаксон 1 г в/м однократно + азитромицин 2 г внутри однократно	– азитромицин внутрь 1 г однократно или – доксициклин внутрь 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней

Тактика лечения *Mycoplasma genitalium*-инфекции, урогенитального трихомониаза и аногенитальной герпетической вирусной инфекции отражена в таблице 2.

Таблица 2. Тактика лечения *Mycoplasma genitalium*-инфекции, урогенитального трихомониаза и аногенитальной герпетической вирусной инфекции

ИППП	Первая линия терапии	Вторая линия терапии
<i>Mycoplasma genitalium</i> - инфекция [10]	– азитромицин внутрь 500 мг в 1-й день, затем по 250 мг 1 раз в сутки в течение 4 дней (лечение в течение 5 дней) или – джозамицин внутрь 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней	– моксифлоксацин внутри 400 мг 1 раз в сутки в течение 7– 10 дней
Урогенитальный трихомониаз [9]	– метронидазол внутрь 2 г однократно или – метронидазол внутрь 500 мг 2 раза в сутки в течение 5–7 дней	– тинидазол внутрь 2 г однократно (не применяется у беременных и в период лактации) или – тинидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней или

		– орнидазол внутрь 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней
Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция [5]	<p>первичный клинический эпизод: – ацикловир 200 мг 5 раз в сутки внутрь в течение 7–10 дней или – ацикловир 400 мг 3 раза в сутки внутрь в течение 7–10 дней или – валацикловир 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7–10 дней или – фамцикловир 250 мг 3 раза в сутки внутрь в течение 7–10 дней</p>	<p>до 6 рецидивов в год: – ацикловир 200 мг 5 раз в сутки внутрь в течение 5 дней или – ацикловир 400 мг 3 раза в сутки внутрь в течение 5 дней или – ацикловир 800 мг 3 раза в сутки внутрь в течение 2 дней или – валацикловир 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 5 дней или – валацикловир 1,0 г 2 раза в сутки внутрь в течение 1 дня. или – фамцикловир 125 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 5 дней или – фамцикловир 1,0 г 2 раза в сутки внутрь в течение 1 дня</p> <p>6 и более рецидивов в год (супрессивная терапия): – валацикловир 500 мг 1 раз в сутки внутрь или – фамцикловир 250 мг 2 раза в сутки внутрь или – ацикловир 400 мг 2 раза в сутки внутрь или</p>

		<ul style="list-style-type: none"> – валацикловир 500 мг 2 раза в сутки внутрь или – валацикловир 1 г в сутки внутрь
--	--	--

Лечение аногенитальных (венерических) бородавок осуществляется деструктивными и хирургическими методами (табл. 3) [8].

Таблица. 3 Лечение аногенитальных (венерических) бородавок

Деструктивный метод	Хирургический метод
<ul style="list-style-type: none"> – 1,5 % раствор цинка хлорпропионата в 2-хлорпропионовой кислоте или – комбинация азотной, уксусной, щавелевой, молочной кислот и тригидрата нитрата меди 	<ul style="list-style-type: none"> – электрокоагуляция – лазерная деструкция – криодеструкция – радиочастотная деструкция – хирургическое иссечение – термоабляция (для лечения гигантской кондиломы Бушке-Левенштайна в случае обширного поражения кожи и/или слизистых оболочек)

Тактика лечения сифилиса осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями [6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время отечественные статистические данные о распространенности экстрагенитальных форм ИППП у женщин отсутствуют. При рутинном обследовании, как правило, не осуществляется получение биологического материала для выявления возбудителей ИППП из экстрагенитальных локусов.

Вышеизложенное подчеркивают своевременность создания данного регламента комплексного обследования женщин на ИППП с обязательным изучением полного анамнеза жизни, получением биологического материала из урогенитальных и экстрагенитальных локусов с целью выявления, последующей элиминации возбудителей ИППП, прерывания эпидемиологического процесса распространения инфекций и получения достоверных статистических показателей об уровне заболеваемости ИППП.

Список литературы

1. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем / В. И. Кисина, К. И. Забиров, А. Е. Гуцин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 256 с. ISBN 978-5-9704-4210-4.
2. Глобальные стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ, вирусному гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем, на 2022–2030 гг. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361970/9789240053878-rus.pdf?sequence=1> (ссылка активна на 08.05.2024)
3. Гонококковая инфекция: методические рекомендации / [сост. Н. Н. Потеекаев и др.]. – М.: ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», 2022. – 29 с.
4. *Доброхотова Ю. Э.* Герпес-вирусная инфекция: эпидемиология, диагностика, терапия / Ю. Э. Доброхотова, Е. И. Боровкова // GYNECOLOGY. – 2017. – Vol. 19, No. 5. – С. 20–25.
5. *Кисина В. И.* Эпидемиология и клиническое значение экстрагенитальных форм инфекций, передаваемых половым путем, у женщин / В. И. Кисина, М. В. Мусакова, И. В. Романова, Г. Л. Колиева, А. Е. Гуцин // Клиническая дерматология и венерология. – 2023. – Т. 22, № 3. – С. 236–243.
6. Клинические рекомендации 2020: Сифилис. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/197_1 (дата обращения: 08.05.2024)
7. Клинические рекомендации 2021: Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/679_1 (дата обращения: 08.05.2024)
8. Клинические рекомендации 2021: Аногенитальные (венерические) бородавки. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/204_1 (дата обращения: 08.05.2024)
9. Клинические рекомендации 2021: Гонококковая инфекция. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/218_1 (дата обращения: 08.05.2024)
10. *Рахматулина М. Р.* Изучение распространенности и клинических особенностей экстрагенитальных форм инфекций, передаваемых половым путем / М. Р. Рахматулина, Н. В. Большенко, В. В. Малеев // Вестник дерматологии и венерологии. – 2023. – Т. 99, № 1. – С. 27–36.
11. Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*: методические рекомендации / [сост. Н. Н. Потеекаев и др.]. – М.: ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», 2022. – 24 с.
12. Урогенитальный трихомониаз: методические рекомендации / [сост. Н. Н. Потеекаев и др.]. – М.: ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», 2022. – 27 с.

13. Хламидийная инфекция: методические рекомендации / [сост. Н. Н. Потекаев и др.]. – М.: ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», 2022. – 22 с.
14. *Abdolrasouli A.* Bilateral conjunctivitis due to *Trichomonas vaginalis* without genital infection: an unusual presentation in an adult man / A. Abdolrasouli, A. Croucher, A. Roushan, C. A. Gaydos // *Journal of Clinical Microbiology*. 2013. – P. 3157–3159.
15. *Alexande S.* The Challenges of Detecting Gonorrhea and Chlamydia in Rectal and Pharyngeal Sites: Could We, Should We, be Doing More? / S. Alexander // *Sexually Transmitted Infections*. – 2009. – Vol. 85. – P. 159–160.
16. *Baron J. M.* Conen HPV 18-induced pigmented bowenoid papulosis of the neck / J. M. Baron, A. Rübben, E. I. Grussendorf-Conen // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 1999. – Vol. 40, № 4. – P. 633–634.
17. *Bernier A.* HIV and other sexually transmitted infections among female sex workers in Moscow (Russia): prevalence and associated risk factors / A. Bernier, T. Romyantseva, L. Reques, N. Volkova, Y. Kyburz, O. Maximov, E. Derrienic, A. Guschin et al. // *Sexually Transmitted Infections*. – 2020. – Vol. 96, № 8. – P. 601–607. doi: 10.1136/sextrans-2019-054299.
18. *Bernstein D. I.* Epidemiology, clinical presentation, and antibody response to primary infection with herpes simplex virus type 1 and type 2 in young women / D. I. Bernstein, A. R. Bellamy, E. W. Hook et al. // *Clinical Infectious Diseases*. – 2013. – № 56. – P. 344.
19. *Chan P.* Infections Caused by *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: A Review of the Literature / P. Chan, A. Robinette, M. Montgomery // *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*. – 2016:5758387. doi: 10.1155/2016/5758387
20. *Charlotte K. K.* Prevalence of Rectal, Urethral, and Pharyngeal Chlamydia and Gonorrhea Detected in 2 Clinical Settings among Men Who Have Sex with Men: San Francisco, California, 2003 / K. K. Charlotte, K. C. Janice, W. William et al. // *Clinical Infectious Diseases*. – 2005. – Vol. 41. – P. 67–74.
21. *Colombo D.* Fatal fulminant HSV-2 myocarditis: A complicated presentation / D. Colombo, M. Albore, F. Nonno, G. Bolino, M. D'Ambrosio, A. Salvi, C. Cecannecchia, L. Falasca // *International Journal of Infectious Diseases*. – 2022. – № 114. – P. 124–127.
22. *Craig A. P.* Is it time to switch to doxycycline from azithromycin for treating genital chlamydial infections in women? Modelling the impact of autoinoculation from the gastrointestinal tract to the genital tract / A. P. Craig, F. Y. S. Kong, L. Yeruva et al. // *BMC Infectious Diseases*. – 2015. – № 15. – P. 200.
23. *Hunte T.* Rectal infections with chlamydia and gonorrhoea in women attending a multiethnic sexually transmitted diseases urban clinic / T. Hunte, M. Alcaide, J. Castro // *International Journal of STD and AIDS*. – 2010. – Vol. 21, № 12. – P. 819–822.

24. *Idriss, M. H.* A Rare Presentation of Extragenital Bowenoid Papulosis / M. H. Idriss, J. Besch-Stokes, S. Bezalel, L. Swanson, J. S. Lehman // *Cureus Journal of Medical Science*. – 2022. – Vol. 14, N. 5:e24712.
25. *Kirkcaldy, R. D.* Epidemiology of gonorrhoea: a global perspective / R. D. Kirkcaldy, E. Weston, A. C. Segurado, G. Hughes // *International Journal of Sexual Health*. – 2019. – Vol. 16, N. 5. – P. 401-411.
26. *Kobal, B.* Herpes simplex genitalis type 2: our experiences / B. Kobal // *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* – 1999. – Vol. 26, N. 2. – P. 123–126.
27. *Ladd, J.* Female users of internet-based screening for rectal STIs: descriptive statistics and correlates of positivity / J. Ladd, Y. H. Hsieh, M. Barnes et al. // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2014. – N. 90. – P. 485–490.
28. *Meites, E.* A review of evidence-based care of symptomatic trichomoniasis and asymptomatic trichomonas vaginalis infections / E. Meites, C. A. Gaydos, M. M. Hobbs, P. Kissinger, P. Nyirjesy, J. R. Schwebke et al. // *Clinical Infectious Diseases*. – 2015. – Vol. 61(Suppl 8). – S837–S848.
29. *Omone, O. M.* HPV and Cervical Cancer Screening Awareness: A Case-control Study in Nigeria / O. M. Omone, M. Kozlovsky // *IEEE 24th International Conference on Intelligent Engineering Systems (INES)*, Reykjavík, Iceland, 2020. – P. 145–152.
30. *Papadopoulos, A. J.* Extragenital bowenoid papulosis associated with atypical human papillomavirus genotypes / A. J. Papadopoulos, R. A. Schwartz, A. Lefkowitz, L. L. Tinkle, C. K. Jänniger, W. C. Lambert // *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. – 2002. – Vol. 6, N. 2. – P. 117–121.
31. *Patil, S.* Herpes Simplex Virus-2 Meningoencephalitis with Abducens Nerve Palsy with Literature Review / S. Patil, P. Beck, T. B. Nelson, A. Bran, W. Roland // *Cureus Journal of Medical Science*. – 2021. – Vol. 13, N. 6:e15523
32. *Rank, R. G.* Hidden in plain sight: Chlamydial gastrointestinal infection and its relevance to persistence in human infection / R. G. Rank, L. Yeruva // *Infection and Immunity – ASM Journals*. – 2014. – Vol. 82, N. 4. – P. 1362–1371.
33. *Rawre, J.* Sexually transmitted infections: Need for extragenital screening / J. Rawre, S. Agrawal, B. Dhawan / *Indian Journal of Medical Microbiology*. – 2018. – Vol. 36, N. 1. – P. 1–7.
34. *Reyes, C. V.* Herpes simplex virus type-1 pneumonitis in immunocompetent young woman / C. V. Reyes, J. R. Bolden // *Heart Lung*. – 2009. – Vol. 38, N. 6. – P. 526–529.
35. Sexually Transmitted Disease Surveillance – 2010 // Centers for Disease Control and Prevention. – URL: <http://www.cdc.gov/std/stats11/surv2011.pdf> (accessed: 15 August 2021) (ссылка активна на 08.05.2024).
36. *Suyama, Y.* Ocular Gonorrhea / Y. Suyama, R. Akiyama // *New England Journal of Medicine*. – 2022. – Vol. 386, N. 17:e46.

37. *Toskin I.* Call to action for health systems integration of point-of-care testing to mitigate the transmission and burden of sexually transmitted infections / I. Toskin, V. Govender, K. Blondeel, M. Murtagh, M. Unemo, C. Zemouri, R. W. Peeling, J. Kiarie // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2020. – Vol. 96, № 5. – P. 342–347.

38. *Trebach J.D.* Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis among women reporting extragenital exposures / J. D. Trebach, C. P. Chaulk, K. R. Page et al. // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2015. – № 42. – P. 233–239.

39. *Tronstein E.* Genital shedding of herpes simplex virus among symptomatic and asymptomatic persons with HSV-2 infection / E. Tronstein, C. Johnston, M. L. Huang, S. Selke, A. Magaret, T. Warren, L. Corey, A. Wald // *Journal of the American Medical Association*. – 2011. Vol. 305. – P. 1441–1449.

40. *Unemo M.* 2020 European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults / M. Unemo, J. Ross, A. B. Serwin et al. // *International Journal of STD & AIDS*. – 2020.

41. *Voltaggio L.* A novel group of HPV-related adenocarcinomas of the lower anogenital tract (vagina, vulva, and anorectum) in women and men resembling HPV-related endocervical adenocarcinomas / L. Voltaggio, W. G. McCluggage, J. S. Iding, B. Martin, T. A. Longacre, B. M. Ronnett // *Modern Pathology*. – 2020. – Vol. 33, № 5. – P. 944–952.

42. *Wald A.* Virologic characteristics of subclinical and symptomatic genital herpes infections / A. Wald, J. Zeh, S. Selke, R. L. Ashley, L. Corey // *New England Journal of Medicine*. – 1995. – № 333. – P. 770–775.