

Профилактика и лечение заболеваний, передающихся половым путем: обновленные рекомендации

Michele Van Vranken

Teen Age Medical Service, Children's Hospitals and Clinics of Minnesota, Minneapolis, Minnesota

Центром по контролю и профилактике заболеваний в США (The Centers for Disease Control and Prevention – CDC) недавно опубликовано пересмотренное руководство по профилактике и лечению заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Одним из терапевтических новшеств является использование азитромицина в качестве препарата первой линии в лечении беременных женщин, инфицированных *Chlamydia trachomatis*. В США продолжает расти количество случаев инфекции, обусловленной резистентными к хинолонам штаммами *Neisseria gonorrhoeae*, поэтому хинолоны уже не могут рекомендоваться для лечения этой инфекции. В настоящее время тинидазол доступен для применения в Соединенных Штатах и может использоваться при ведении пациентов с трихомонадной инфекцией, включая штаммы, устойчивые к метронидазолу. Менее продолжительные курсы противовирусной терапии могут проводиться для курсовой терапии рецидивирующего генитального герпеса. При использовании азитромицина в качестве альтернативного препарата в лечении первичного и вторичного сифилиса рекомендуется тщательное наблюдение за пациентами в связи с ростом устойчивости возбудителя сифилиса к данному препарату. В Нидерландах отмечен внезапный рост заболеваемости венерической лимфогранулемой, поэтому врачи должны проявлять бдительность в отношении возможности возникновения вспышки заболеваемости этой патологией в США.

Центром по контролю и профилактики заболеваний США (CDC) недавно выпущены обновленные рекоменда-

ции по лечению и профилактике заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) [1]. Эти рекомендации были разработаны благодаря системному анализу научных данных, накопленных с момента публикации последней редакции (2002 г.) и благодаря консультациям с ведущими экспертами в этой области.

Санитарное просвещение

Просвещение и консультативная помощь являются главными подходами в профилактике и контроле ЗППП. Оценка сексуального здоровья включает рассмотрение его ключевых аспектов, которые определяют как «пять Р»: 1) «Partners» (половые партнеры); 2) «Prevention of pregnancy» (методы предупреждения беременности); 3) «Protection from STDs» (меры предохранения от ЗППП); 4) «Practices» (сексуальные привычки и предпочтения); 5) «Past history of STDs» (наличие ЗППП в анамнезе). Выяснение этих вопросов предоставляет врачу возможность проводить консультацию и обучение пациента с учетом индивидуальных факторов риска и ожиданий. В табл. 1 представлены симптомы и диагностические методы при ЗППП.

Посещение врача с целью скрининга, диагностики или лечения ЗППП также является подходящим моментом для санитарного просвещения пациента в вопросах инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Пациенты могут не знать, что наличие определенного ЗППП может способствовать передаче ВИЧ при контакте с ВИЧ-инфицированным партнером. Поскольку некоторые ВИЧ-

Таблица 1

Симптоматика и диагностика ЗППП

Заболевание	Симптомы	Лабораторная диагностика
Хламидиоз	Бессимптомное течение или дизурия, выделения (уретральные, вагинальные), боль во время полового акта, боль в надлобковой области или в мошонке, кровянистые выделения	Метод амплификации нуклеиновых кислот из образцов мочи, отделяемого цервикального канала или уретры
Гонорея	Бессимптомное течение или дизурия, выделения (уретральные, вагинальные), боль во время полового акта, боль в надлобковой области или в мошонке, кровянистые выделения	Метод амплификации нуклеиновых кислот из образцов мочи, отделяемого цервикального канала и уретры, выделение гонококка из прямой кишки или ротоглотки
Трихомониаз	Бессимптомное течение или вагинальные выделения с запахом, зуд половых органов	Микроскопия смывов, экспресс-методы на выявление антигенов, культуральный метод выделения трихомонад
Генитальный герпес	Бессимптомное или рецидивирующее течение. Наличие болезненных очагов везикулезной сыпи или изъязвлений в области гениталий	Метод культивирования вируса; типоспецифические серологические тесты
Сифилис	Бессимптомное течение или наличие безболезненной язвы (шанкр), генерализованная розеолезная сыпь, в том числе на подошвах и ладонях, вовлечение сердечно-сосудистой и нервной систем	Серологические тесты (трепонемные и нетрепонемные), микроскопия в темном поле зрения
Венерическая лимфогранулема	Паховая лимфаденопатия, самостоятельно проходящая папула или язва, проктоколит	В настоящее время нет доступных тестов для дифференциации микроорганизмов, вызывающих венерическую лимфогранулему от штаммов <i>C. trachomatis</i> , вызывающих невенерическую лимфогранулему

Лечение хламидийной инфекции

Режим	Препарат	Доза
Небеременные женщины		
Рекомендованные	Азитромицин	1 г per os, однократно
	Доксициклин	100 мг per os, 2 раза в сутки, 7 дней
Резервные	Эритромицин основание	500 мг per os, 4 раза в сутки, 7 дней
	Эритромицина этилсукцинат	800 мг per os, 4 раза в сутки, 7 дней
	Офлоксацин	300 мг per os, дважды в сутки, 7 дней
	Левифлоксацин	500 мг per os, в сутки, 7 дней
Беременные женщины		
Рекомендованные	Азитромицин	1 г per os, однократно
	Амоксициллин	500 мг per os, 3 раза в сутки, 7 дней
	Эритромицин основание	500 мг per os, 4 раза в сутки, 7 дней или 250 мг per os, 4 раза в сутки, 14 дней*
	Эритромицина этилсукцинат	800 мг per os, 4 раза в сутки, 7 дней или 400 мг per os, 4 раза в сутки, 14 дней*

*Следует учитывать возможность использования низких доз эритромицина в случае развития гастроинтестинальных расстройств при использовании высоких доз. Информация из [1].

позитивные пациенты не знают о наличии у них данной инфекции, CDC рекомендует проводить скрининг на ВИЧ у пациентов любых медицинских учреждений. И хотя пациент может отказаться от исследования, сегодня уже не рекомендуют получать от него письменное согласие на проведение теста (если того не требуют законы штата) [2].

Инфекции, вызванные *Chlamydia trachomatis*

Инфекция, вызванная *Chlamydia trachomatis*, является самой распространенной в Соединенных Штатах. В 2004 г. сообщалось об 1 млн. случаев выявления *Chlamydia trachomatis* [3]. Рекомендации по лечению пациентов, инфицированных *C. trachomatis*, существенно не изменились, однако в настоящее время азитромицин рекомендуют применять в качестве основного, а не альтернативного средства терапии хламидиоза у беременных (табл. 2) [1]. Это изменение внесено на основе недавно полученных данных, свидетельствующих в пользу безопасности и эффективности применения азитромицина в период беременности [4–6].

Инфекции, вызванные *Neisseria gonorrhoeae*

С 2002 г., когда были выпущены последние рекомендации по лечению ЗППП, частота выявления резистентных к фторхинолонам штаммов *Neisseria gonorrhoeae* в Соединенных Штатах продолжает увеличиваться. В связи с ростом резистентности рекомендации претерпели изменения. В предыдущих рекомендациях внимание акцентировалось на вы-

соких уровнях резистентности в странах азиатско-тихоокеанского региона, в Калифорнии, на Гавайях и среди определенных групп населения Соединенных Штатов (например, гомосексуалистов). В 2004 г. 6,8% штаммов, выделенных в ходе программы CDC по мониторингу за гонококковой инфекцией (Gonococcal Isolate Surveillance Project), были устойчивы к ципрофлоксацину, а когда из анализа исключили образцы, полученные от пациентов Калифорнии и Гавайев, то устойчивыми оказались 3,6% штаммов гонококка [7].

Устойчивые к фторхинолонам штаммы *N. gonorrhoeae* выявляются чаще у гомосексуалистов, чем у гетеросексуалов (частота выявления составляет 23,8% и 2,9%, соответственно) [7]. Однако распространенность резистентных к фторхинолонам штаммов *N. gonorrhoeae* в популяции гетеросексуальных мужчин продолжает увеличиваться. У гетеросексуальных мужчин уровень резистентности увеличился с 0,9% в 2002 г. до 3,8% в 2005 г. [8]. Предварительные данные за первые 6 мес 2006 г. указывают на то, что уровень резистентности возрос до 6,7% [9]. Согласно данным рекомендациям, разработанным с учетом указанных изменений (табл. 3), фторхинолоны больше не рекомендуются в качестве средств терапии инфекций, вызванных *N. gonorrhoeae* [9].

Упрощенная схема лечения полового партнера

Привлечение к лечению полового партнера пациента, у которого был установлен диагноз ЗППП, с целью уменьшения риска реинфекции и снижения заболеваемости и рас-

Таблица 3

Лечение неосложненной гонорейной инфекции

Режим	Препарат	Доза
Цервицит, уретрит, проктит		
Рекомендованные	Цефтриаксон	125 мг в/м, однократно
	Цефиксим	400 мг per os, однократно
Резервные	Однократный прием цефалоспоринов*	
Фарингит		
Рекомендованные	Цефтриаксон	125 мг в/м, однократно

Важно: не следует использовать фторхинолоны для лечения гонорейной инфекции. Лечение должно включать противохламидийные препараты, если эта инфекция не была исключена.

В/м – внутримышечно.

* – Конкретные дозы указаны в оригинале рекомендаций.

Лечение трихомонадной инфекции

Режим	Препарат	Доза
Рекомендованные	Метронидазол*	2 г per os, однократно
	Тинидазол *†	2 г per os, однократно
Резервные	Метронидазол*	500 мг per os, 2 раза в день, 7 дней

* – Пациент должен быть предупрежден о невозможности одновременного приема метронидазола и тинидазола и алкогольных напитков. Воздержание от употребления алкогольных напитков должно составлять 24 ч после окончания приема метронидазола и 72 ч после окончания приема тинидазола.

*† – У беременных тинидазол относится к препаратам категории C (FDA).

пространности ЗППП среди различных социальных групп является стандартной практикой. Первичная цель состоит в том, чтобы сексуальный партнер прошел обследование, лечение и получил необходимую информацию. Однако на практике возможны ситуации, при которых это неосуществимо (например, это связано с пациентом, партнером или с ограниченностью имеющихся ресурсов). В таких обстоятельствах CDC рекомендуют врачам рассмотреть возможность терапии партнера при посредничестве пациента.

Упрощенная процедура лечения полового партнера заключается в назначении ему лечения, профилактически, без предварительного обследования и консультации со стороны врача. В соответствии с данной процедурой врач обеспечивает пациента препаратами, необходимыми для лечения его/ее партнера. В трех рандомизированных контролируемых исследованиях, спонсируемых CDC, были оценены клинические эффекты упрощенной процедуры лечения полового партнера по сравнению с традиционными программами ведения данных пациентов. Результаты этих исследований показали, что у пациентов с инфекциями, вызванными *N. gonorrhoeae* или *C. trachomatis*, терапию полового партнера при посредничестве больного можно использовать как один из возможных вариантов лечения [10–12].

Инфекции, вызванные *Trichomonas vaginalis*

С момента публикации в 2002 г. рекомендаций по лечению ЗППП методы диагностики и лечения трихомониаза

продолжали совершенствоваться. Тинидазол – нитроимидазол, имеющий сходство с метронидазолом, был одобрен Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (FDA) в качестве препарата выбора для лечения трихомоноза. Обзор рандомизированных контролируемых исследований указывает на то, что эффект тинидазола эквивалентен или превышает даже таковой у метронидазола. В частности, при использовании метронидазола в рекомендованных дозах уровень излечения составил 90–95%, а при использовании тинидазола в рекомендованных дозах – 86–100% (табл. 4) [1, 13]. Кроме того, было установлено, что приблизительно от 2,5 до 5% выделенных штаммов *Trichomonas vaginalis* проявляют определенную степень резистентности к метронидазолу [1, 14]. Тинидазол характеризуется более продолжительным периодом полувыведения и лучшей способностью проникать в ткани мочеполовых органов [15, 16], что делает его препаратом выбора в лечении инфекции, вызванной *Trichomonas vaginalis*, резистентной к метронидазолу [4, 17, 18].

Возможности диагностики трихомониаза также расширились. Хотя самым распространенным диагностическим методом обнаружения *Trichomonas vaginalis* является микроскопия мазков, полученных из влагалища, чувствительность этого метода составляет только 60–70%. К дополнительным тестам, одобренным FDA, относятся экспресс-тест на трихомонадную инфекцию (Osom *Trichomonas* Rapid Test) с использованием метода капиллярной иммунохроматографии в

Таблица 5

Лечение инфекции, вызванной ВПГ

Режим	Препарат	Доза
Первый клинический эпизод	Ацикловир	400 мг per os, 3 раза в день, 7 или 10 дней или 200 мг per os, 5 раза в день, 7 или 10 дней
	Фамцикловир	250 мг per os, 3 раза в день, 7 или 10 дней
	Валацикловир	1 г per os, 2 раза в день, 7 или 10 дней
Курсовая терапия при рецидивирующем ВПГ	Ацикловир	400 мг per os, 3 раза в день, 5 дней или 800 мг per os, 2 раза в день, 5 дней или 800 мг per os, 3 раза в день, 2 дня
	Фамцикловир	125 мг per os, 2 раза в день, 5 дней или 1 г per os, 2 раза в день, 1 день
	Валацикловир	500 мг per os, 2 раза в день, 3 дня или 1 г per os, 1 раз в день, 5 дней
Супрессивная терапия рецидивирующего ВПГ	Ацикловир	400 мг per os, 2 раза в день
	Фамцикловир	250 мг per os, 2 раза в день
	Валацикловир	500 мг per os, 1 раз в день* или 1 г per os, 1 раз в день

* – У пациентов с частыми рецидивами (более 10 за год) эта доза может быть менее эффективной по сравнению с другими дозами валацикловира и ацикловира. Информация взята из [1].

Лечение сифилиса

Стадия заболевания	Препарат	Доза
Первичный, вторичный и ранний латентный сифилис	Бензатина бензилпенициллин	2,4 млн ЕД, в/м однократно
Поздний латентный, латентный или неустановленной продолжительности, третичный сифилис	Бензатина бензилпенициллин	2,4 млн ЕД, в/м 1 раз в неделю, на протяжении 3 нед

в/м – внутримышечно. Информация взята из [1].

полосках с нанесенными антителами к возбудителю и тест «BD Affirm VPIII Microbial Identification Test», заключающийся в обнаружении ДНК возбудителя. Оба теста обладают высокой чувствительностью (>83%) и специфичностью (>97%). Однако в регионах с низкой распространенностью трихомоназа следует учитывать возможность ложноположительных результатов [1].

Вирус простого генитального герпеса

У большинства лиц, инфицированных вирусом простого генитального герпеса (ВПГ), отсутствуют клинические признаки заболевания. Известно, что лечение противовирусными препаратами пациентов с наличием клинических проявлений приводит к некоторому уменьшению выраженности симптоматики, а также к снижению вирусной нагрузки и вероятности передачи инфекции. Альтернативные варианты лечения рецидивирующего генитального герпеса предусматривают более короткий курс терапии (один или два дня по сравнению с пятью днями лечения) (табл. 5 [1]). У пациентов, у которых отмечается как минимум 6 обострений ВПГ в год, супрессивная терапия может сократить частоту рецидивов на 70–80% [1]. В обновленных рекомендациях делается значительный акцент на использовании супрессивной терапии для снижения риска передачи инфекции. В одном исследовании было показано, что прием валацикловира в суточной дозе 500 мг снижает риск передачи вируса у гетеросексуальных партнеров [19]. Независимо от частоты рецидивов пациентам с ВПГ должна предлагаться супрессивная терапия как часть общей стратегии по ограничению распространения вируса.

Сифилис

Распространенность первичного и вторичного сифилиса значительно увеличилась за последние 5 лет, достигнув своего максимума в 2005 г. [1]. Бензатина бензилпенициллин продолжает оставаться основным антибиотиком, рекомендованным для терапии (табл. 6) [1]. В рекомендациях CDC также обсуждается возможность использования доксициклина, тетрациклина и цефтриаксона в случае аллергии на пенициллин. Также обсуждается возможность использования азитромицина. Хотя в более ранних исследованиях было показано, что однократный прием азитромицина в дозе 2 г может дать эффект [20, 21], ряд сообщений о случаях отсутствия эффекта наряду с регистрацией штаммов резистентных к азитромицину указывают на необходимость тщательного наблюдения за пациентом при использовании данного препарата [22].

Венерическая лимфогранулема

Венерическая лимфогранулема (ВЛГ) вызывается L1, L2 или L3 сероварами *C. trachomatis*. Хотя в США и странах Западной Европы это заболевание встречается относительно редко, в 2004 г. в Нидерландах зарегистрировано значительное увеличение заболеваемости ВЛГ среди гомосексуалистов [23]. Обеспокоенность этим фактом нашла отражение в рекомендациях CDC. В частности, в последнем издании добавлена информация о клинических проявлениях ВЛГ. Клиническая картина может включать в себя безболезненную папулу в месте инокуляции возбудителя, которая может изъязвляться через 3–30 дней, а также признаки проктоколита (например, слизистые или кровянистые выделения, боль в области ануса, запор, лихорадка, тенезмы) у лиц с инфици-

Таблица 7

Лечение венерической лимфогранулемы

Режим	Препарат	Схема применения
Рекомендованный	Доксициклин	100 мг per os, 2 раза в день, 21 день
Альтернативный	Эритромицин основание	500 мг per os, 4 раза в день, 21 день

* – Некоторые специалисты полагают, что азитромицин по 1 г орально еженедельно в течение 3 нед – эффективный терапевтический режим, но данные, подтверждающие это, отсутствуют. Информация взята из [1].

Основные рекомендации для практического применения

Клинические рекомендации	Степень доказательности	Ссылки	Комментарии
Азитромицин рекомендован в качестве препарата первой линии у беременных женщин с <i>C. trachomatis</i>	A	4-6	На основании рандомизированных плацебо-контролируемых исследований
Фторхинолоны не должны использоваться в случаях инфекции, вызванной <i>N. gonorrhoeae</i>	C	9	На основании мнения экспертов
Упрощенная схема лечения полового партнера снижает риск реинфекции <i>C. trachomatis</i> и <i>N. gonorrhoeae</i>	B	10-12	На основании данных немногочисленных рандомизированных контролируемых исследований
Тинидазол может применяться при устойчивости трихомонад к метронидазолу	B	14, 16-18	На основании данных многочисленных исследований

A – доказательный – хорошее качество доказательств на достаточном объеме выборки; B – недостаточный уровень доказательств – недостаточное качество данных (малый объем выборки, открытый дизайн); C – дискуссионный: клинический случай, мнение эксперта, традиционный подход. Для получения дополнительной информации о принципах распределения исследований по уровню доказательности см. сайт <http://www.aafp.org/lafpsort.xml>.

рованием ректальным путем. Обнаружение этих симптомов у пациентов группы риска предполагает проведение в дальнейшем необходимых диагностических и лечебных процедур. Диагноз основывается прежде всего на клинической картине, поскольку культуральный и ДНК-тесты не являются специфичными в отношении сероваров *C. trachomatis*, вызывающих ВЛГ. Если у пациента имеются симптомы заболевания и необходимо установить серовар, можно связываться с государственными или местными отделами здравоохранения. В соответствии с рекомендациями CDC, при установлении диагноза ВЛГ рекомендуется проведение 3-недельного курса терапии доксициклином, хотя в качестве альтернативы может использоваться эритромицин (табл. 7).

ЛИТЕРАТУРА

1. Workowski KA, Berman SM; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006 [Published correction appears in MMWR Recomm Rep. 2006;55(36):997]. MMWR Recomm Rep. 2006;55(RR-11):1-94.
2. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al.; Centers for Disease and Control and Prevention. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR Recomm Rep. 2006;55(RR-14):1-17.
3. Jajosky RA, Hall PA, Adams DA, et al.; Centers for Disease Control and Prevention. Summary of notifiable diseases-United States, 2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2006;53(53):1-79.
4. Jacobson GF, Autry AM, Kirby RS, Liverman EM, Motley RU. A randomized controlled trial comparing amoxicillin and azithromycin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184(7): 1352-1354.
5. Kacmar J, Cheh E, Montagno A, Peipert JF. A randomized trial of azithromycin versus amoxicillin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy. Infect Dis Obstet Gynecol. 2001;9(4):197-202.
6. Rahangdale L, Guerry S, Bauer HM, et al. An observational cohort study of Chlamydia trachomatis treatment in pregnancy. Sex Transm Dis. 2006;33(2):106-110.
7. U.S. Dept. of Health and Human Services. Sexually transmitted disease surveillance 2004 supplement. Gonococcal Isolate Surveillance Project (GISP) annual report 2004. Atlanta, Ga.: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention, Division of STD Prevention, 2005. <http://www.cdc.gov/std/GISP2004/GISP2004.pdf>. Accessed July 17, 2007.
8. U.S. Dept. of Health and Human Services. Sexually transmitted disease surveillance 2005 supplement. Gonococcal Isolate Surveillance Project (GISP) annual report 2005. Atlanta, Ga.: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention, Division of STD Prevention, 2007. <http://www.cdc.gov/std/GISP2005/GISP2005upp2005short.pdf>. Accessed July 17, 2007.
9. Centers for Disease and Control and Prevention. Update to CDC's sexually transmitted diseases treatment guide lines, 2006: fluoroquinolones no longer recommended for treatment of gonococcal infections. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2007;56(14):332-336.
10. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, et al. Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated Chlamydia trachomatis infection among women: a randomized, controlled trial. Sex Transm Dis. 2003;30(1):49-56.
11. Golden MR, Whittington WL, Handsfield HH, et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhoeae or chlamydial infection. N Engl J Med. 2005;352(7):676-685.
12. Kissinger P, Mohammed H, Richardson-Alston G, et al. Patient-delivered partner treatment for male urethritis: a randomized, controlled trial. Clin Infect Dis. 2005;41(5):623-629.
13. Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD000218.
14. Sobel JD, Nyirjesy P, Brown W. Tinidazole therapy for metronidazole-resistant vaginal trichomoniasis. Clin Infect Dis. 2001;33(8):1341-1346.
15. Schmid G, Narcisi E, Mosure D, Secor WE, Higgins J, Moreno H. Prevalence of metronidazole-resistant Trichomonas vaginalis in a gynecology clinic. J Reprod Med. 2001;46(5):545-549.
16. Sawyer PR, Brogden RN, Pinder RM, Speight TM, Avery GS. Tinidazole: a review of its antiprotozoal activity and therapeutic efficacy. Drugs. 1976;11(6):423-440.
17. Hager WD. Treatment of metronidazole-resistant Trichomonas vaginalis with tinidazole: case reports of three patients. Sex Transm Dis. 2004;31(6):343-345.
18. Hamed KA, Studemeister AE. Successful response of metronidazole-resistant trichomonal vaginitis to tinidazole. A case report. Sex Transm Dis. 1992;19(16):339-340.
19. Corey L, Wald A, Patel R, et al.; Valacyclovir HSV Transmission Study Group. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. N Engl J Med. 2004;350(1):11-20.
20. Hook EW, Martin DH, Stephens J, Smith BS, Smith K. A randomized, comparative pilot study of azithromycin versus benzathine penicillin G for treatment of early syphilis. Sex Transm Dis. 2002;29(8):486-490.
21. Riedner G, Rusizoka M, Todd J, et al. Single-dose azithromycin versus penicillin G benzathine for the treatment of early syphilis. N Engl J Med. 2005;353(12):1236-1244.
22. Lukehart SA, Godomes C, Molini BJ, et al. Macrolide resistance in Treponema pallidum in the United States and Ireland. N Engl J Med. 2004;351(2):154-158.
23. Centers for Disease Control and Prevention. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men-Netherlands, 2003-2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004;53(42):985-988.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСА В МЕНОПАУЗЕ

Несмотря на то, что в менопаузе часто происходит изменение голоса, ни в одной шкале по оценке тяжести климактерических симптомов это не учитывается. Ученых заинтересовала связь между изменением голоса и другими нарушениями в постменопаузе.

В исследовании Schneider В. и соавт. приняли участие 107 женщин в постменопаузе

(по данным гормонального исследования) в возрасте от 37 до 71 года. Они заполняли опросник по возникшим у них изменениям голоса и вызванному этим дискомфорту. У 49 женщин было зарегистрировано изменение голоса, 35 из них пожаловались на дискомфорт; 58 женщин не пожаловались ни на то, ни на другое.

По-видимому, эта жалоба в скором станет проблемой

для клиницистов при ведении женщин в постменопаузе. Возможно, если гипотеза об изменении голоса в связи с наступлением менопаузы подтвердится, то в стандартному обследованию женщин добавится и фониатрическое, даже при отсутствии обычных климактерических симптомов.

www.gynecologia.ru