




**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ  
ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ**

**ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ  
СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, В ГРУПАХ НАСЕЛЕННЯ, УРАЗЛИВИХ  
СТОСОВНО ЗАРАЖЕННЮ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ  
(методичні рекомендації)**

КИЇВ-2009

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
 МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
 УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ  
 ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ

<p>«УЗГОДЖЕНО»</p> <p>Заступник начальника лікувально-організаційного Управління АМН України</p> <p>К.м.н.  О.О. Петриченко</p> <p>Канцелярія</p> <p>«» грудень 2008 р.</p> 	<p>«УЗГОДЖЕНО»</p> <p>Директор Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України</p> <p> М.П. Жданова</p> <p>ЗАГАЛЬНИЙ ВІДПІСЬОВИЙ УПРАВЛІННЯ СПРАВАМИ</p> <p>«» грудень 2008 р.</p> 
---	---

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, В ГРУПАХ НАСЕЛЕННЯ, УРАЗЛИВИХ СТОСОВНО ЗАРАЖЕННЯ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ  
 (методичні рекомендації)

КИЇВ-2008

***Установа-розробник:***

ДУ “Інститут дерматології та венерології АМН України”

***Укладачі:***

**Мавров Геннадій Іванович** – доктор медичних наук, професор, завідувач відділенням інфекцій, що передаються статевим шляхом ДУ “Інститут дерматології та венерології АМН України”, тел. 8-057-706-32-05

**Бондаренко Гліб Михайлович** - доктор медичних наук, старший науковий співробітник, старший науковий співробітник відділення інфекцій, що передаються статевим шляхом ДУ “Інститут дерматології та венерології АМН України”, професор кафедри дерматовенерології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, тел. 8-057-706-32-01

**Щербакова Юлія Валеріївна** – кандидат медичних наук, молодший науковий співробітник відділення інфекцій, що передаються статевим шляхом ДУ “Інститут дерматології та венерології АМН України”, тел. 8-057-706-32-01

***Рецензенти:***

**Степаненко Віктор Іванович** - доктор медичних наук, професор кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом проблем СНІДу Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця МОЗ України, головний позаштатний фахівець МОЗ України за спеціальністю „Дерматовенерологія”

**Проценко Тетяна Віталіївна** - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дерматовенерології та косметології Донецького національного медичного університету ім. М.Горького МОЗ України.

***Голова проблемної комісії МОЗ і АМН України „Дерматологія та венерологія”:***

**Мавров Іван Іванович** - доктор медичних наук, професор, директор ДУ “Інститут дерматології та венерології АМН України”, завідувач кафедри дерматовенерології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТ — антитіло

АГ — антиген

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я

ВПГ – вірус простого герпесу

г - грам

ЖКС – жінки комерційного сексу

Ig — імуноглобуліни (Ig A, Ig M, IgG)

ІПСШ - інфекції, що передаються статевим шляхом

ІФА — імуноферментний аналіз

ІХА — імунохроматографічний аналіз

КОН – їдкий калій

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД – синдром надбаного імунодефіциту

ТР - *Treponema Pallidum*

ЧСЧ- чоловіки, що мають статеві стосунки з чоловіками

## ЗМІСТ

Стор.

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ</b>	4
<b>ЗМІСТ</b>	5
<b>1. ВСТУП</b>	6
<b>2. КЛІНІЧНА ТА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ІПСШ В ГРУПАХ, УРАЗЛИВИХ ЩОДО ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ</b>	12
2.1. Сифіліс	12
2.2. Гонорея	13
2.3. Урогенітальний хламідіоз	14
2.4. Урогенітальний трихомоноз	15
2.5. Генітальний герпес	16
2.6. Генітальний кандидоз	16
<b>3. ЛІКУВАННЯ ІПСШ В ГРУПАХ, УРАЗЛИВИХ ЩОДО ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ</b>	18
3.1. Лікування сифілісу	18
3.2. Лікування гонореї	21
3.3. Лікування урогенітального хламідіозу	23
3.4. Лікування урогенітального трихомонозу	24
3.5. Лікування генітального герпесу	25
3.6. Лікування генітального кандидозу	28
3.7. Особливості призначення лікування	29
<b>4. ЗАКЛЮЧЕННЯ</b>	32
<b>5. ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b>	33

## 1. ВСТУП

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) – національна проблема охорони здоров'я України. За даними МОЗ в Україні щорічно реєструється близько 400 тисяч нових випадків сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, сечостатевого мікоплазмозу, генітального кандидозу та трихомонозу. Причому трихомонадна інвазія є найбільш розповсюдженою – близько 250 випадків на 100 000 населення було зареєстровано в 2007 році (це приблизно 120 000 інфікованих). Офіційна статистка відображає, за різними оцінками, від 30% до 40% реальної кількості випадків ІПСШ. Це пов'язано зі збільшенням прихованих форм і тим, що окремі групи населення не отримують належної дерматовенерологічної допомоги.

Проблему ІПСШ не можна відокремлювати від епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, оскільки статевий шлях передачі відіграє суттєву роль у поширенні ВІЛ-інфекції. В 2007 кількість реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції перевищила сифіліс та гонорею, і ця тенденція посилилась в 2007 році та першій половині 2008 року (рисунки 1).

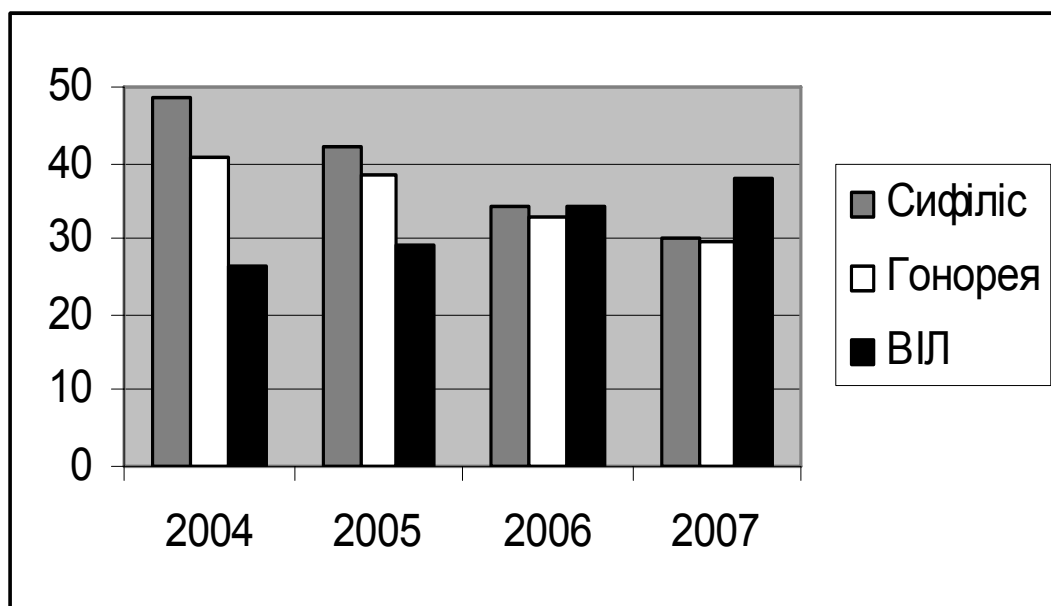


Рисунок 1. Захворюваність (на 100 000) населення України традиційними венеричними хворобами та ВІЛ-інфекцією (данні МОЗ).

Станом на 01.07.08, за офіційними даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, за накопичувальними даними з 1987 року, в Україні офіційно зареєстровано 131 730 інфікованих ВІЛ, 24 719 осіб з яких захворіли на СНІД, а 13860 осіб, у тому числі 245 дітей, померли від захворювань, обумовлених СНІД. Протягом 2007 року в країні зареєстровано понад 17,5 тисяч нових випадків ВІЛ-інфекції, що становить 38,0 на 100 тис. населення.

Епідеміологічні дослідження показують, що поширеність ІПСШ серед населення є нерівномірною. Чітко виділяються так звані *ядерні групи* (групи

підвищеного ризику) – уразлива частина населення, що відіграє провідну роль у динаміці епідемічного процесу (*жінки, які займаються комерційним сексом (ЖКС), чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ), споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), нелегальні іммігранти, та ін.*). Ланкою, яка пов'язує уразливі групи населення з загальним населенням, є *проміжні групи*, що, мають статеві контакти з представниками ядерних груп (наприклад, користувачі послуг ЖКС або статеві партнери СІН). І, нарешті, загальне населення, серед якого захворювання поширене менше. У кожній групі епідемічний процес має свої особливості, що можуть бути «загублені» при аналізі епідемічної ситуації в цілому. Служби охорони здоров'я зможуть охопити лише невелику частину тих, що заразилися ІПСШ, якщо не будуть проводити активного скринінгу, лікування і профілактики в уразливих групах населення (рисунк 2).

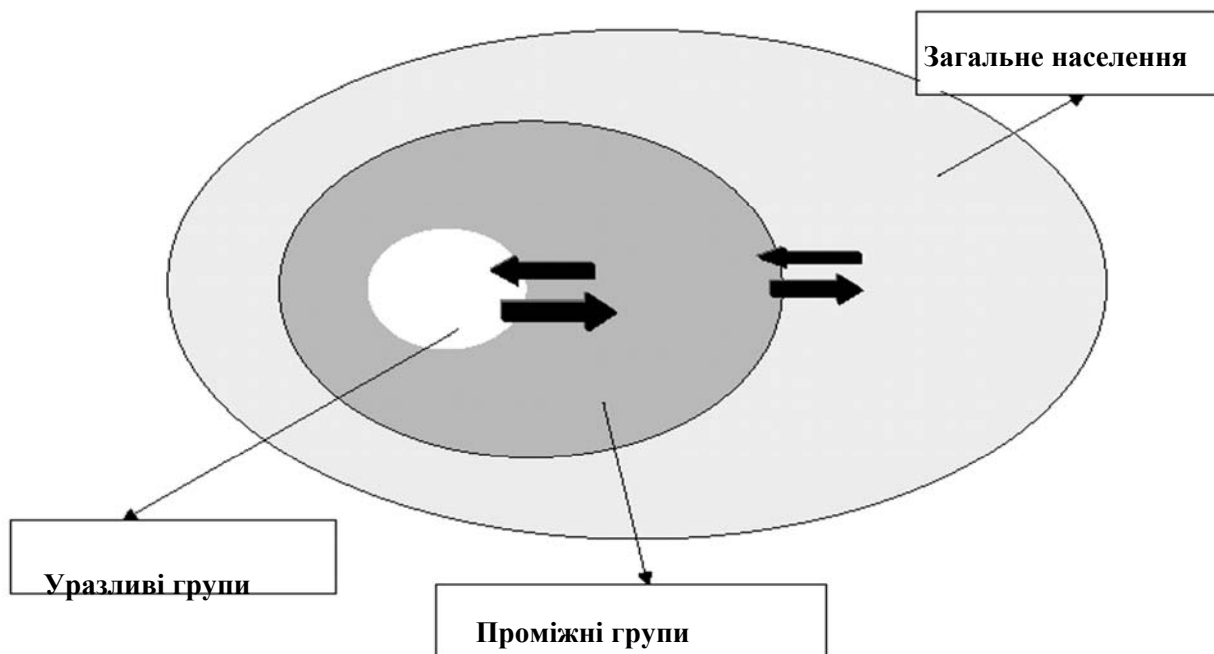


Рисунок 2. «Популяційна» модель поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом.

За результатами числених досліджень встановлено, що наявність ІПСШ суттєво підвищує ризик передачі та інфікування ВІЛ статевим шляхом. Зокрема передачі ВІЛ сприяють сифіліс, генітальний герпес, гонорея, хламідіоз, трихомоноз, кандидоз, мікоплазмоз та інші венеричні інфекції. Ерозії та виразки, запалення, пошкодження тканин, зумовлені ІПСШ, знижують чинники захисту організму від зараження ВІЛ. Окрім того вони спричиняють масову міграцію в слизові оболонки макрофагів та лімфоцитів, які є джерелом ВІЛ з одного боку, а з іншого – є клітинами-мішенями при зараженні цим вірусом. Таким чином, наявність ІПСШ підвищує уразливість до ВІЛ та сприяють інфікуванню ВІЛ-негативних осіб. Окрім того, ІПСШ сприяють передачі ВІЛ від ВІЛ-позитивної особи.

Наявність ПСШ з запальним або виразковим ураженням слизової оболонки підвищує ризик передачі ВІЛ між інфікованим та неінфікованим партнерами при незахищених статевих контактах. Сприяючий вплив ПСШ на передачу ВІЛ є більш вираженим для виразкових захворювань: за даними досліджень наявність генітальних виразок у теперішній час або в анамнезі підвищує ризик передачі ВІЛ у 50-300 разів для кожного епізоду незахищених статевих контактів.

Незважаючи на те, що у 2007 році, як і раніше, частка шляху передачі ВІЛ внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом залишається високою і складає, за даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, 40 %, відбувається поступове збільшення частки випадків сексуального шляху передачі ВІЛ – майже до 40 % (38,4%) (ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №29, 2008).

Наслідком є щорічне збільшення статевої передачі ВІЛ в Україні (рисунк 3).

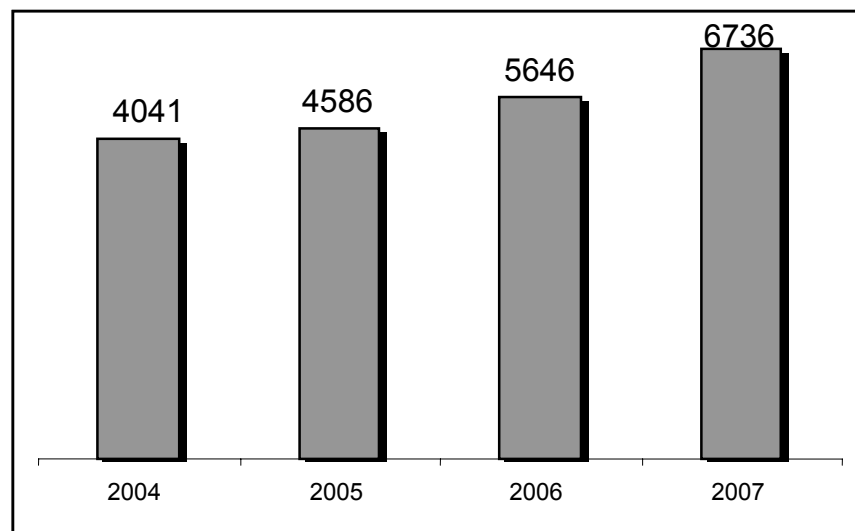


Рисунок 3. Статева передача ВІЛ-інфекції згідно даних Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом (включаючи ЖКС, ЧСЧ, та незахищені статеві контакти).

Діагностика, лікування та профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом, в групах населення, уразливих до ВІЛ, має бути суттєвим елементом в системі заходів, що протидіють розповсюдженню ВІЛ-інфекції в Україні. Відповідно до Глобальної стратегії профілактики і лікування ПСШ: 2009-2015, ВООЗ, виявлення та лікування ПСШ на основі принципів кейс-менеджменту (ведення випадку) є економічно обґрунтованим методом профілактики розповсюдження ВІЛ серед загального населення із науково доведеною ефективністю.

Знаходячись в конфлікті з суспільними нормами поведінки, представники уразливих груп здебільшого негативно ставляться до лікування венеричних хвороб в офіційно визнаних установах і досить часто ухиляються від лікування. В силу об'єктивних причин, ефективність диспансерної роботи серед таких



контингентів вкрай низька. Світовий досвід свідчить про ефективність в даній ситуації швидких методів діагностики та одноразових схем лікування в умовах амбулаторії, можливо, застосування синдромної діагностики, проведення превентивного лікування, впровадження кейс-менеджменту. Діючий Наказ МОЗ № 286 від 07/06/2004 „Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України” регламентує методики і стандарти діагностики, лікування і профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом. Але в наказі не висвітлені особливості надання дерматовенерологічної допомоги групам населення, уразливим щодо інфікування ВІЛ.

Забезпечення доступу до лікування, як одного з необхідних компонентів програм з профілактики ВІЛ-інфекції і інших ПСШ, є найскладнішою задачею для організацій, що реалізують комплексні програми профілактики серед осіб, які надають сексуальні послуги за платню, ін'єкційних наркоманів, тощо. Завдання усієї діяльності максимально покращити цей доступ та зробити його простішим.

Існує ряд причин, що обмежують доступ до послуг офіційних медичних установ представників цільової групи. Часто причини носять двосторонній характер, як наприклад:

*З боку цільової групи:*

- Відсутність документів, що засвідчують особу
- Специфіка роботи (графік роботи, відпочинок в години роботи медичних установ або багатогодинна або цілодобова робота наркозалежних секс-працівників)
- Самостигматизація (внутрішня стигма)
- Недовіра до мед. працівників державних медичних установ
- Низька прихильність лікуванню (недотримання схем призначеного лікування, порушення режиму прийому препаратів і т.д.)

*З боку державних медичних установ:*

- Неможливість надання медичних послуг особам без документів
- Обмежений набір безкоштовних для населення діагностичних обстежень
- Затверджена наказами керівних органів охорони здоров'я процедура постановки на диспансерний облік пацієнтів з виявленими захворюваннями
- Засуджуюче (нетолерантне відношення) до представників уразливих груп.

В цілях підвищення ефективності комплексних програм з профілактики й лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом у осіб уразливих до ВІЛ груп, необхідна розробка з урахуванням специфіки даної цільової групи оптимальних підходів до діагностики, лікування та екстреної профілактики ПСШ.

Показник відтворюваності інфекцій, що передаються статевим шляхом, залежить від частоти зміни статевих партнерів і тривалості періоду інфекційності. Зазначені фактори забезпечують максимально високий рівень розповсюдження інфекцій у ЖКС в зв'язку із специфікою їх роботи – великою численністю партнерів і, як правило, пізнім виявленням захворювань через труднощі з медичною допомогою. Якщо перший з цих чинників є неконтрольованим, то на другій можна впливати, покращуючи доступ для ЖКС,

ЧСЧ, СІН до медичної допомоги шляхом пристосування останньої до їх потреб, способу життя і поведінки.

Особливість надання допомоги уразливим групам полягає в наступному:

- Осторог огласки та переслідування з боку суспільства (анонімність).
- Труднощі налагодження психологічного контакту „лікар – пацієнт” (недовіра до лікаря).
- Особливості мотивацій та поведінки, які переважають багаторазовому контакту з лікарем (одноразова зустріч).
- Небажання або неможливість сплачувати за медичні послуги.
- Звертання до лікаря при посередництві осіб або організацій, яким вони довіряють.

Соціально-психологічні і поведінкові характеристики ЖКС, ЧСЧ, СІН повинні враховуватися медичними працівниками як при спілкуванні з цими представниками цільової групи, так і при виборі методики лікування:

- спілкування повинне бути доброзичливим і поважним, як з будь-яким іншим пацієнтом;

- перевагу слід віддавати однократним методикам лікування;

- з урахуванням можливих мікст-інфекцій і неможливості отримати результати усіх лабораторних досліджень протягом одного дня/одного візиту, оптимальним для ЖКС, ЧСЧ, СІН є впровадження синдромного підходу до ведення випадку ІПСШ і превентивного лікування. При будь-якій однократній явці слід не упускати можливості проведення максимальної інформаційної роботи, консультування, постачання презервативами.

*Забезпечення доступу до медичних послуг:*

- при консультування в центрах ВІЛ/СНІД
- в спеціально обладнаних кабінетах при ЛПЗ дерматовенерологічного профілю, які проводять діагностику та лікування ІПСШ
- в умовах швидких пересувних лабораторій/амбулаторій в місцях збору контингентів – (наприклад – неурядові ВІЛ-сервісні організації).

*Функціональні обов'язки медичного персоналу:*

Лікар:

- проводить збір анамнезу, скарг пацієнта;
- оцінює стан пацієнта відповідно до діагностичних критеріїв;
- встановлює клінічний діагноз;
- веде необхідну документацію;
- призначає лабораторне обстеження;
- проводить призначення лікування, визначає необхідну дозу препарату та коригує її за необхідності;
- контролює стан пацієнта, вносить відповідні корективи до фармакологічних та соціально-психологічних інтервенцій, направляє, за необхідності, клієнтів до інших ЛПЗ;

Середній медичний персонал:

- проводить забір матеріалу для лабораторного дослідження;
- виконує лікувальні маніпуляції за призначенням лікаря;

- слідкує за соматичним та психічним станом пацієнтів і доповідає лікарю про помічені зміни;
- веде необхідну документацію;
- допомагає у проведенні соціально-психологічних реабілітаційних заходів.

*Забезпечення анонімності та конфіденційності*

- Закон України про охорону здоров'я. Стаття 40. Лікарська таємниця.

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

- Кримінальний кодекс України. Стаття 132. Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної хвороби. Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самостійно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження ВІЛ чи іншої невиліковної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на СНІД та його результатів, що стали відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків.

**В даних методичних рекомендаціях вперше наведено докладний опис методів лікування сифілісу, гонореї, хламідіозу, трихомонозу, генітального герпесу і кандидозу, оптимальних для застосування в уразливих до ВІЛ групах населення. Вибір методів був зроблений з урахуванням комплексу науково-медичних, соціально-психологічних, організаційних і економічних критеріїв, рекомендацій ВООЗ та UNAIDS. Дані методи лікування не включають надання допомоги вагітним, підліткам, дітям та немовлятам тому, що ці групи хворих обов'язково повинні лікуватися в умовах стаціонару.**

*Рекомендовано для лікарів-дерматовенерологів та лікарів суміжних спеціальностей, що пов'язані з лікуванням ІПСШ в уразливих до ВІЛ групах населення.*

## 2. КЛІНІЧНА ТА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ПСШ В ГРУПАХ, УРАЗЛИВИХ ЩОДО ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ

### 2.1. СИФІЛІС

Сифіліс підрозділяється на дві групи: набутий та вроджений. Набутий сифіліс у свою чергу поділяється на ранній і пізній. Ранній сифіліс підрозділяється на первинний, вторинний і ранній латентний (набутий з давністю до 2 років) Пізній сифіліс(набутий більше ніж 2 роки): пізній латентний, третинний, включаючи гумозний, кардіоваскулярний і нейросифіліс .

#### Клінічна діагностика

*Інкубаційний період:* 10 - 90 днів до появи шанкру (первинний сифіліс). Вторинний сифіліс розвивається через 3-6 тижнів після появи шанкру.

*Первинний сифіліс:* виразка (шанкр), зазвичай із регіональною лімфаденопатією. Виразка поодинок, безболісна і щільна з чистим дном, що виділяє прозору світлу рідину, розташована в аногенітальній області. Іноді виразка може бути атиповою: множинною, болісною, гнійною, деструктивною, екстрагенітальною. Будь-яка аногенітальна виразка вважається сифілітичною, якщо не доведене інше походження.

*Вторинний сифіліс:* мультисистемне ураження внаслідок бактеріємії, що може рецидивувати аж до другого року після інфікування. Генералізована несвербляча поліморфна висипка, що часто вражає долоні і підшви, широкі кондиломи, вогнища на слизових, генералізована лімфаденопатія. Рідше: вогнищева алопеція, передній увеїт (тобто сифіліс очей, що може також викликати склерит, ірит, ретиніт, папіліт, неврит очного нерва), менінгіт, параліч черепно-мозкових нервів, гепатит, спленомегалію, періостит і гломерулонефрит

*Латентний сифіліс:* позитивні серологічні тести на сифіліс без клінічної картини трепонемної інфекції.

*Пізній сифіліс* включає:

- гумозний сифіліс: типові вузли, бляшки чи виразки;
- нейросифіліс: менінговаскулярний, паренхіматозний (загальний парез, *tabes dorsales*); безсимптомний (аномальна спинномозкова рідина - СМР);
- кардіоваскулярний сифіліс: аортит (безсимптомний), стенокардія, розширення висхідного відділу аорти, стеноз вусть коронарних артерій, аневризма аорти (головним чином грудного відділу).

*Асоціація сифілісу та ВІЛ-інфекції* - Інфекції, що передаються статевим шляхом та ВІЛ-інфекція мають схожі шляхи передачі але різну тривалість інкубаційного періоду. За останніми даними сифіліс виявляється у однієї третини хворих на СНІД. Одні дослідники вказують, що клініка є типовою, другі – що має місце злюкисний перебіг. Безперечно встановлено, що стан імунodefіциту змінює клініку сифілісу і суттєво впливає на результати лікування. У ВІЛ-інфікованих рецидиви сифілісу після лікування трапляються досить часто. Хворим на прихований сифіліс та активний сифіліс зі строком зараження більше 6 місяців, або з невстановленим строком, які також мають ВІЛ-інфекцію, показане обстеження ліквору.

Звертають увагу на майже постійне виявлення у цих хворих збільшення потиличних, підщелепних, шийних, підкрильцевих та пахових лімфатичних залоз. Вони безболісні, рухомі при пальпації, щільноеластичної консистенції., шкірні покрови над ними не змінені. Вважається, що ВІЛ-інфіковані в разі зараження сифілісом, мають підвищений ризик розвитку раннього нейросифілісу. Мають місце труднощі в діагностиці асоціації сифілісу і ВІЛ-інфекції, так як можлива серонегативність у хворих на СНІД. Зміна загальної патології та перебігу сифілісу при одночасному зараженні ВІЛ може стосуватись не тільки серологічних реакцій, але й клінічної картини сифілісу.

Пацієнтам, в яких на основі зібраних скарг, клінічних симптомів, анамнезу, особливостей поведінки (групи уразливі стосовно зараженню ВІЛ) була запідозрена, а потім підтверджена лабораторними методами діагностики наявність ІПСШ, призначається лікування і наступне спостереження.

### **Лабораторна діагностика:**

- виявлення *Treponema pallidum* з вогнищ ураження чи інфікованих лімфовузлів при мікроскопії в темному полі;
- реакції зв'язування комплементу з кардіоліпіновим й трепонемним антигенами та мікрореакція преципітації з кардіоліпіновим антигеном (стандартний комплекс класичних серореакцій );
- реакція імунофлуоресценції;
- реакція іммобілізації трепонем ;
- імуноферментний аналіз;

## **2.1. ГОНОРЕЯ**

В залежності від інтенсивності реакції організму на проникнення гонококів, тривалості перебігу та клінічної картини гонореї виділяють наступні форми:

1) свіжа (гостра, підгостра, торпідна) коли з моменту захворювання пройшло не більше 2 міс.;

2) хронічна, якщо час захворювання невідомий або після початку лікування пройшло більш ніж 2 міс.;

3) латентна або гонококоносійство - у хворих відсутні клінічні ознаки захворювання, але виявляються збудники захворювання.

### **Клінічна діагностика**

#### *Чоловіки*

- Симптоми й ознаки уретриту, що характеризуються виділеннями з уретри і печією при сечовипусканні.
- Ректальна інфекція може викликати анальні виділення чи періанальні болі.
- Гострий орхоепідидиміт спостерігається звичайно в чоловіків старше 40 років.
- Може мати місце безсимптомна інфекція: уретри, прямої кишки, глотки.
- Дисемінована інфекція викликає підвищення температури, петехії чи пустульозний висип на шкірі, асиметричну артралгію, септичний артрит, тендосиновіт. Дуже рідко спостерігаються менінгіт, ендокардит.

### *Жінки*

- Зміни характеру піхвових виділень і ознаки цервіциту (слизово-гнійні ендocerвікальні виділення, контактна кровотеча).
- Гострий біль у нижній частині живота і болісність при пальпації.
- Типова безсимптомна інфекція: шейки матки, прямої кишки, глотки.
- Дисемінована інфекція викликає підвищення температури, петехії, або пустульозний висип на шкірі, асиметричну артралгію, септичний артрит, тендосиновіт. Дуже рідко спостерігаються менінгіт, ендокардит.

### *Показання для тестування*

- Симптоми чи ознаки виділень з уретри.
- Слизово-гнійний цервіцит.
- Наявність у статевого партнера інфекції, що передається статевим шляхом, або запального захворювання органів малого тазу.
- Скринінг на ПСШ на прохання пацієнта чи в зв'язку з недавньою появою нового сексуального партнера.
- Виділення з піхви при наявності факторів ризику ПСШ (вік молодше 25 років, новий статевий партнер, що нещодавно з'явився).
- Гострий орхоепідидиміт у чоловіків молодше 40 років.
- Гостре запальне захворювання органів малого таза.

### **Лабораторна діагностика:**

- бактеріоскопічне дослідження (мікроскопія пофарбованих по Граму / метиленовим синім мазків з уретри, шийки матки чи прямої кишки);
  - культуральне дослідження;
  - молекулярно-біологічні методи (полімеразна ланцюгова реакція).

## **2.3. УРОГЕНІТАЛЬНИЙ ХЛАМІДІОЗ**

Урогенітальний хламідіоз розподіляється на:

1. Неускладнений
2. Ускладнений
3. Персистуючий чи носійство хламідій, коли у хворих відсутні клінічні ознаки захворювання, але виявляються збудники хвороби.

### **Клінічна діагностика**

Ознаки і симптоми обумовлені головним чином цервіцитом і уретритом, а також ускладненнями.

### *Жінки*

Урогенітальна інфекція приблизно в 30% випадків перебігає з наступними симптомами:

- Слизово-гнійний цервіцит
- Гнійні виділення з піхви
- Біль у нижній частині живота

- Посткоїтальна чи міжменструальна кровотеча
- Дизурія
- Ознаки запального захворювання органів малого таза, хронічний біль в органах малого тазу

#### *Чоловіки*

Приблизно в 75% випадків уrogenитальна інфекція перебігає з наступними симптомами

- Виділення з уретри
- Дизурія
- Ознаки епідидиміту чи простатиту

*Симптоми, характерні як для чоловіків, так і для жінок:*

- Аноректальні виділення та дискомфорт
- Кон'юнктивіт
- Артралгія

#### **Лабораторна діагностика:**

- культура клітин;
- пряма імунофлуоресценція;
- серологічні методи (імуноферментний аналіз);
- молекулярно-біологічні методи (полімеразна ланцюгова реакція).

## **2.4. УРОГЕНІТАЛЬНИЙ ТРИХОМОНОЗ**

Трихомоноз буває:

1. Неускладнений
2. Ускладнений

#### **Клінічна діагностика**

Ознаки і симптоми обумовлені головним чином вагінітом та уретритом, а також ускладненнями.

#### *Жінки*

- Гнійні виділення з піхви
- Слизово-гнійний цервіцит
- Біль у нижній частині живота
- Дизурія

#### *Чоловіки*

- Виділення з уретри
- Дизурія
- Ознаки простатиту

#### **Лабораторна діагностика:**

- бактеріоскопічне дослідження;

- культуральне дослідження;
- серологічні методи (імуноферментний аналіз);
- молекулярно-біологічні методи (полімеразна ланцюгова реакція).

## **2.5. ГЕНІТАЛЬНИЙ ГЕРПЕС**

### **Клінічна діагностика**

Класично генітальний герпес може бути розпізнаний за наявністю типових папульозних висипань, що розвиваються в пухирці та виразки, й можуть супроводжуватися місцевим лімфаденітом, а у випадку рецидивуючих вогнищ - продромальними симптомами. Однак, клінічні характеристики захворювання у багатьох пацієнтів мають значні розходження. Частка пацієнтів страждають від атипових вогнищ, ознаки яких можна легко прийняти за ознаки інших генітальних чи інфекційних дерматозів. Тому в атипових випадках варто уникати постановки діагнозу на підставі тільки клінічних ознак.

Пацієнтам, в яких на основі зібраних скарг, клінічних симптомів, анамнезу, особливостей поведінки (групи уразливі стосовно зараженню ВІЛ) була запідозрена, а потім підтверджена лабораторними методами діагностики наявність ІПСШ, призначається лікування і наступне спостереження.

### **Лабораторна діагностика:**

- пряма імунофлуоресценція;
- культуральне дослідження;
- серологічні методи (імуноферментний аналіз);
- молекулярно-біологічні методи (полімеразна ланцюгова реакція).

## **2.6. ГЕНІТАЛЬНИЙ КАНДИДОЗ**

Генітальний кандидоз розподіляється на :

1. Гострий (до 1 місяця)
2. Хронічний (більше 2 місяців)

### **Клінічна діагностика**

#### *Жінки*

- Виділення з піхви
- Дизурія

#### *Чоловіки*

- Баланіт / баланопостіт  
*Показання для призначення терапії*
- Симптоми кандидозного баланіту / баланопоститу у чоловіків
- Симптоми кандидозного вагініту / вульвіту у жінок

### **Лабораторна діагностика:**

- бактеріоскопічне дослідження;



- культуральне дослідження;
- молекулярно-біологічні методи (полімеразна ланцюгова реакція).

Стратегія наближення дерматовенерологічної допомоги до пацієнтів, які перебувають в умовах де відсутні обладнані лабораторії, потребує застосування більш простих у виконанні, але достатньо чутливих та специфічних методів лабораторної діагностики ПСШ. Таким вимогам відповідають так звані швидкі тести - прості у використанні діагностичні набори, які дозволяють отримати результат дослідження протягом декількох хвилин. Вони є альтернативою використанню класичних діагностичних тест-систем, оскільки не потребують застосування дорогого устаткування та висококваліфікованого персоналу. Тести засновані на тих самих принципах імунологічних реакцій, застосуванні таких самих імунобіологічних продуктів, що й добре відомі класичні ІФА тест-системи. В різних країнах світу, в тому числі і високо розвинутих, такі тести давно й успішно застосовуються, коли потрібно *швидко*, вірогідно і, що важливо, *недорого* одержати результат.

Впровадження швидкої діагностики сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, трихомонозу підтримують ВООЗ і UNAIDS в програмах, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом. Особливості використання скринінг-тестів для діагностики ПСШ та моделі організації надання послуг серед представників уразливих до ВІЛ груп населення будуть викладені в наступних методичних рекомендаціях.

### 3. ЛІКУВАННЯ ІПСШ В ГРУПАХ, УРАЗЛИВИХ ЩОДО ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ

#### 3.1. Лікування сифілісу

Сифіліс – хронічна венерична хвороба, що характеризується ураженням шкіри, слизових оболонок, внутрішніх органів, кісток та нервової системи. Має хвилеподібний перебіг зі зміною періодів загострення прихованими періодами.

Основним препаратом для лікування раннього сифілісу в амбулаторних умовах є бензатинбензилпеніцилін (біцилін-1, екстенцилін, ретарпен). Уводиться один раз на тиждень. При алергічній реакції до препаратів пеніцилінового ряду застосовуються антибіотики резерву: тетрацикліні, макроліди, цефалоспорини. Їх терапевтична ефективність нижча за пеніцилін, тому вони використовуються лише при абсолютній неможливості лікування препаратами пеніцилінового ряду.

*Показання для призначення лікування*

- Лабораторне та клінічне підтвердження сифілісу.
- Сифіліс у статевого партнера.

Превентивне лікування. Проводиться особам які мали статевий або тісний побутовий контакт з хворим на заразні форми сифілісу.

- Бензатинбензилпеніцилін одноразово в дозі 2,4 млн. ОД внутрішньом'язово.

Набутий сифіліс ранній та пізній (первинний, вторинний свіжий, вторинний рецидивний, ранній та пізній прихований):

- Бензатинбензилпеніцилін одноразово в дозі 2,4 млн. ОД внутрішньом'язово.

Ранній сифіліс зі злоякісним перебігом та вісцеральними або неврологічними ураженнями, ранній нейросифіліс, природжений сифіліс у дорослих.

Лікування проводиться в умовах стаціонару. Разом зі специфічною терапією слід проводити неспецифічну патогенетичну терапію з урахуванням рекомендацій терапевта, невропатолога, офтальмолога та ін.

Резервні методи лікування хворих на сифіліс

Перед початком пеніцилінотерапії пацієнт(ка) ретельно розпитується про алергічні реакції в анамнезі. На основі ретельного опитування всі хворі поділяються на дві групи:

- **Група А** – без алергії на пеніцилін в анамнезі
- **Група Б** – з чітко встановленою наявністю алергії до пеніциліну в анамнезі

Хворим групи А проводиться провокаційні проби на переносність (уведення внутрішньошкірно 0,1 мл ізотонічного розчину, що містить пеніцилін 1 : 10 000

від терапевтичної концентрації). При позитивній внутрішньошкірній пробі призначаються резервні схеми лікування. Хворим групи Б провокаційні проби не ставляться і призначаються резервні схеми лікування.

*Схеми лікування хворих на сифіліс антибіотиками резерву (еквівалентні):*

- Доксидиклін 200 мг один раз на добу протягом 10 діб внутрішньо;
- Азитроміцин 500 мг один раз на добу протягом 10 діб внутрішньо;
- Цефтриаксон 500 мг внутрішньом'язово один раз на добу протягом 10 діб.

### **ВІЛ - інфіковані пацієнти**

- Серологічні тести на сифіліс у пацієнтів із супутньою ВІЛ - інфекцією звичайно надійні для постановки діагнозу сифілісу й оцінки результату лікування.
- Є повідомлення про хибнонегативні та хибнопозитивні тести, а також уповільнену прояву серореактивності.
- У ВІЛ - інфікованих із клінічною підозрою на сифіліс і (повторюваною) негативною серологією на сифіліс рекомендується провести інші діагностичні тести крім первинного скринінгового, наприклад, гістологічний, імунофлуоресцентний чи аналіз ПЛР із матеріалом, отриманим при біопсії з клінічно підозрілого вогнища ураження і пряму мікроскопію ексудату вогнищ раннього сифілісу на спірохети.
- ВІЛ - інфіковані пацієнти з раннім сифілісом мають підвищений ризик раннього неврологічного чи очного сифілітичного ураження і більш високий ступінь неефективності лікування бензатинпеніциліном, включаючи більш частіші серологічні рецидиви. Тому дуже важливо проводити наступний контроль.

***Лікування сифілісу у пацієнтів із супутньою ВІЛ-інфекцією проводиться також як і для не інфікованих ВІЛ-пацієнтів***

### **Сифіліс у поєднанні з іншими венеричними хворобами**

Сифіліс як моноінфекція спостерігається не часто – приблизно в 1/3 випадків. Частіше діагностується змішана інфекція – сифіліс з хламідіозом, та іншими статевими хворобами – приблизно в 2/3 випадків. Наявність суб'єктивних скарг з боку сечостатевого тракту мають менше половини хворих на сифіліс і супутньою сечостатевою інфекцією. При наявності у хворого на сифіліс хламідіозу, гонореї, трихомонозу, генітального герпесу і кандидозу, *лікування всіх інфекцій проводиться разом, одночасно.*

### **Реакції на лікування**

Пацієнтів варто попередити про можливі реакції організму на лікування. У приміщенні (процедурному кабінеті) для лікування повинні бути передбачені засоби невідкладної медичної допомоги.

*Реакція Яриш-Герксгеймера (Jarisch-Herxheimer)*

- Гостра температурна реакція з головним болем, міальгією та ознобом, що проходить через 24 години.
- Типова для раннього сифілісу, але, як правило, не має особливого значення, за винятком випадків з неврологічними й очними ураженнями чи при вагітності, коли вона може викликати ослаблення активності плоду і передчасні пологи.
- Нетипова для пізнього сифілісу, але може являти потенційну загрозу для життя, якщо уражені стратегічно важливі ділянки і системи організму (наприклад, коронарні судини, гортань, нервова система).

#### Анафілактичний шок

Повинні бути в наявності засоби для лікування анафілаксії, оскільки пеніцилін є однією з розповсюджених причин, що викликають її.

Лікування:

- епінефрин (адреналін) 1:1000 внутрішньом'язово 0,5 мл, а потім
- внутрішньом'язово/внутрішньовенно антигістамінний препарат, наприклад, хлорфенірамін 10 мг;
- внутрішньом'язово/внутрішньовенно преднізолон 120 мг.

#### Особливі зауваження

- Рекомендується *утримуватися* від статевих зносин пацієнту протягом 7-10 днів після завершення одноразової терапії, а також доти, поки всі статеві партнери пацієнта не отримають відповідний курс лікування.
- *Дотримання пацієнтом режиму лікування* залежить від надання пацієнту інформації про спосіб передачі інфекції, її наслідки, важливості для статевого партнера, діагностику та схеми лікування, а також про побічні дії лікарських препаратів.

#### Заходи у відношенні статевих партнерів

- Усі хворі на сифіліс повинні бути сповіщені про необхідність повідомлення партнерів (повідомлення здійснює сам пацієнт = повідомлення через пацієнта, якщо повідомлення здійснює установа охорони здоров'я = повідомлення через працівника охорони здоров'я). Серед пацієнтів необхідно провести просвітницьку роботу з профілактики поширення ПСШ; наступне спостереження необхідне також і для контролю стану здоров'я пацієнта після лікування.
- Рецидив вторинного сифілісу може мати місце протягом перших двох років інфекції, і сифіліс може передаватися при статевому контакті в період аж до 2-х років після початку захворювання.
- Повідомлення партнерів сприяє ефективності заходів органів охорони здоров'я по зниженню рівня захворюваності, а також виконує етичні зобов'язання по попередженню осіб, що не підозрюють про загрозу можливості зараження, і, що не менш важливо, може позначити епідемічні вогнища інфекції.
- Варто повідомити партнерів пацієнтів з первинним сифілісом, з якими були контакти в останні три місяці, оскільки інкубаційний період триває до 90 днів. Тимчасові рамки повідомлення партнерів розширюються до 2-х років для

пацієнтів із вторинним сифілісом при клінічному рецидиві чи з раннім латентним сифілісом.

- У пацієнтів з раннім сифілісом можуть бути інфіковані 40 - 60% статевих партнерів.
- Варто розглянути можливість негайного лікування за епідеміологічними показниками статевих партнерів, якщо партнери не можуть відвідувати регулярно клініку для проведення клінічного і серологічного обстеження з метою виключення сифілісу.
- Серологічні тести на сифіліс повинні бути проведені при першому ж відвідуванні і повторені через 6 тижнів і 3 місяці.

### **Подальше спостереження і контроль вилікованості**

- Повідомлення про випадок сифілісу у відповідні органи (станція переливання крові, міський (або обласний, або територіальний) диспансер) обов'язкове.
- Контроль для підтвердження вилікованості і виявлення повторної інфекції чи рецидивів здійснюється за допомогою аналізу клінічних і серологічних даних.
- При ранньому сифілісі наступне спостереження включає як мінімум клінічний огляд і серологічні аналізи; наступний контроль відбувається протягом перших 3 місяців після лікування, потім через 6 і 12 місяців. Наступний контроль ВІЛ - інфікованих пацієнтів, що лікувалися з приводу раннього сифілісу, варто проводити більш часто: наприклад через 1, 2, 3, 6, 9, 12, 18, і 24 місяці .
- Ранній клінічний рецидив найчастіше спостерігається в оральній чи анальній ділянках.
- Специфічні трепонемні тести можуть залишатися позитивними протягом життя після ефективного лікування; пацієнту необхідно зберігати відповідну документацію для запобігання непотрібного повторного лікування.
- Реінфекцію чи рецидив варто повторно лікувати з використанням схем лікування під контролем медичного персоналу, щоб забезпечити виконання пацієнтом режиму лікування; крім того, необхідний повторний скринінг статевих партнерів.

## **3.2. Лікування гонореї**

Гонорея – інфекційне захворювання, що характеризується переважним ураженням слизових оболонок сечостатевих органів. Спостерігається також гонококові ураження слизової порожнини рота і прямої кишки; виявляються головним чином після уrogenітальних або гомосексуальних контактів.

Стійкість *N. gonorrhoeae* до антимікробних препаратів продовжує безупинно еволюціонувати, особливо це стосується групи пеніцилінів, тетрациклінів і фторхинолонів. Є чіткі географічні варіанти цієї стійкості, тому клініцисти повинні одержувати інформацію про особливості чутливості мікроорганізму від відповідних місцевих органів.

Пацієнтам, в яких на основі зібраних скарг, клінічних симптомів, анамнезу, особливостей поведінки (групи уразливі стосовно зараженню ВІЛ) була

запідозрена, а потім підтверджена лабораторними методами діагностики наявність ІПСШ, призначається лікування і наступне спостереження.

### **Лікування**

*Показання для призначення лікування:*

- Визначення за допомогою мікроскопії внутрішньоклітинних диплококів у мазках, отриманих з урогенітальних виділень.
- Позитивний результат імуногромаатографічних експрес-тестів для виявлення гонореї.
- За епідеміологічними показниками, якщо в недавнього (протягом 2 місяців) статевого партнера визначена гонококова інфекція, або при наявності гнійних виділень з уретри в чоловіків чи слизово-гнійного цервіциту в жінок, якщо проведення швидких діагностичних тестів не представляється можливим. При таких обставинах показане комбіноване лікування гонококової і хламідійної інфекцій.

*Рекомендовані схеми:*

- Цефтриаксон 500 мг внутрішньом'язово одноразово
- Цефіксим 400 мг перорально одноразово.

*Альтернативні схеми (еквівалентні):*

- Спектиноміцин 2 г в/м одноразово
- Канаміцин 2 г в/м одноразово

Наявність супутніх ІПСШ є типовим для пацієнтів з гонореєю. Тому одночасно з лікуванням гонореї доцільно проводити діагностику (за можливості) та лікування інших ІПСШ, передусім – хламідіозу. Повідомлення про випадок гонореї у відповідальні органи (станція переливання крові, міський (або обласний, або територіальний) диспансер) обов'язкове, проте вимагає дотримання принципів конфіденційності.

### **Особливі ситуації**

*Гонококовий епідидиміт*

Поряд з антибактеріальною терапією рекомендується дотримання хворим постільного режиму, підведення та підтримка калитки, а також анальгетики.

*Дисемінована гонококова інфекція*

Лікування проводиться в умовах стаціонару

### **Особливі зауваження**

- Рекомендується *утримуватися* від статевих зносин протягом 7-10 днів після завершення одноразової терапії, а також доти, поки всі статеві партнери пацієнта не пройдуть відповідний курс лікування.
- *Дотримання пацієнтом режиму лікування* залежить від надання пацієнту інформації про спосіб передачі інфекції, її наслідки, важливості для статевого

партнера, діагностиці і схеми лікування, а також про побічні дії лікарських препаратів.

### **Ведення статевих партнерів**

Статевих партнерів також варто лікувати від гонореї та супутньої інфекції, переважно після тестування на інфекції, набуті статевим шляхом. В лікування варто включити наступних партнерів:

- партнерів із симптоматичною гонореєю;
- всіх статевих партнерів за останні 14 днів чи останнього статевого партнера, якщо інтервал після останнього статевого контакту склав більше 14 днів;
- у безсимптомних випадках всіх статевих партнерів за попередні 90 днів.

### **Подальше спостереження**

- Рекомендується повторне тестування за допомогою підтверджуючих тестів в лікувальній установі дерматовенерологічного профілю через 2 тижні після завершення терапії.

## **3.3. Лікування уrogenітального хламідіозу**

Хламідіоз – група захворювань та синдромів, які спричинені *Chlamydia trachomatis* та характеризуються багатоголищевим ураженням сечостатевої системи з наслідками (вплив на репродуктивну функцію).

Пацієнтам, в яких на основі зібраних скарг, клінічних симптомів, анамнезу, особливостей поведінки (групи уразливі стосовно зараженню ВІЛ) була запідозрена, а потім підтверджена лабораторними методами діагностики наявність ІПСШ, призначається лікування і наступне спостереження.

### **Лікування**

*Рекомендовані схеми:*

- Азитроміцин 1,0 г перорально, одноразово

*Альтернативні схеми (еквівалентні):*

- Офлоксацин по 200 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 діб, або
- Доксициклін по 200 мг перорально раз на добу протягом 7 діб

*Показання для призначення лікування*

- Підтвердження очної чи генітальної інфекції, викликаной *C. trachomatis*.
- Інфекція, викликана *C. trachomatis*, у статевого партнера.
- Якщо немає можливості провести лабораторні тести на *C. trachomatis* у пацієнта з підтвердженою інфекцією *Neisseria gonorrhoeae*.

*Загальні положення*

- Хворі на хламідійну інфекцію повинні бути обстежені на наявність інших інфекцій, що передаються статевим шляхом

- Повідомлення про випадок хламідіозу у відповідальні органи (станція переливання крові, міський (або обласний, або територіальний) диспансер) обов'язкове, проте вимагає дотримання принципів конфіденційності.

### **Особливі зауваження**

- Рекомендується *утримуватися* від статевих зносин протягом 7-10 днів після завершення курсу лікування, а також доти, поки всі статеві партнери пацієнта не пройдуть відповідний курс лікування.
- *Дотримання пацієнтом режиму лікування* залежить від надання пацієнту інформації про спосіб передачі хламідійної інфекції, її наслідки, важливості для статевого партнера, діагностиці і схеми лікування, а також про побічні дії лікарських препаратів.

### *Особливі моменти для ВІЛ-інфікованих пацієнтів*

- Особи з ВІЛ-інфекцією і хламідійною інфекцією повинні одержувати таке ж лікування, що і пацієнти без ВІЛ-інфекції.

### **Ведення статевих партнерів**

- Пацієнтів варто проінформувати про те, що їхні статеві партнери повинні бути обстежені, протестовані та проліковані.
- Необхідно обстежувати статевих партнерів, що мали контакт із даним пацієнтом протягом 60 днів з моменту появи симптомів захворювання чи постановки діагнозу; вони повинні пройти тестування і лікування.
- Партнерів, що мали ризик зараження, варто повідомити про це, запросити до лікарняного закладу або до лікаря венеролога для обстеження й запропонувати лікування за епідеміологічними показниками, навіть якщо тести на наявність хламідійної інфекції виявилися негативними.

### **Подальше спостереження**

- Рекомендується повторне тестування за допомогою підтверджуючих тестів в лікувальній установі дерматовенерологічного профілю через 4 тижні після завершення терапії.

## **3.4. Лікування урогенітального трихомонозу**

Трихомоноз – захворювання, яке спричинене *Trichomonas vaginalis* та характеризується багатогогнищевим ураженням сечостатевої системи.

Пацієнтам, в яких на основі зібраних скарг, клінічних симптомів, анамнезу, особливостей поведінки (групи уразливі стосовно зараженню ВІЛ) була запідозрена, а потім підтверджена лабораторними методами діагностики наявність ПСШ, призначається лікування і наступне спостереження.

### **Лікування**

#### *Показання для призначення терапії*

- Позитивний тест на трихомоноз незалежно від симптомів



- Епідеміологічне лікування сексуальних партнерів

*Рекомендовані схеми:*

- Метронідазол по 500 мг перорально 2 рази на добу протягом 5 діб, або
- Метронідазол 2 г всередину одноразово (в окремих випадках при неможливості тривалого прийому метронідазолу)

*Альтернативні схеми (еквівалентні):*

- Орнідазол по 500 мг перорально 2 рази на добу протягом 5 діб
- Тінідазол 2,0 г перорально, одноразово
- Німоразол 2,0 г перорально, одноразово

*Загальні положення*

- Лікування повинне бути ефективним (> 95%), і пацієнти більш легко витримують призначений режим лікування (побічні ефекти практично відсутні, а схема прийому досить проста).
- Хворі на трихомоноз повинні бути обстежені на наявність інших інфекцій, що передаються статевим шляхом
- Повідомлення про випадок трихоманозу у відповідальні органи (станція переливання крові, міський (або обласний, або територіальний) диспансер) обов'язкове проте вимагає дотримання принципів конфіденційності.

### **Особливі зауваження**

- Рекомендується *утримуватися* від статевих зносин протягом 5 днів після завершення одноразової терапії чи до завершення 5-денного курсу лікування, а також доти, поки всі статеві партнери пацієнта не пройдуть відповідний курс лікування.
- *Дотримання пацієнтом режиму лікування* залежить від надання пацієнту інформації про спосіб передачі трихомонадної інфекції, її наслідки, важливості для статевого партнера, діагностиці і схеми лікування, а також про побічні дії лікарських препаратів.
- При прийомі метронідазолу варто уникати алкоголю через можливість дисульфірам-подібної (Антабус) реакції.

*Особливі моменти для ВІЛ-інфікованих пацієнтів*

- Особи з ВІЛ-інфекцією і трихомонадною інфекцією повинні одержувати таке ж лікування, що і пацієнти без ВІЛ-інфекції.

### **Ведення статевих партнерів**

- Пацієнтів варто проінформувати про те, що їхні статеві партнери повинні бути обстежені, протестовані та проліковані.
- Необхідно обстежувати статевих партнерів, що мали контакт із даним пацієнтом протягом 60 днів з моменту появи симптомів захворювання чи постановки діагнозу; вони повинні пройти тестування і лікування.
- Партнерів, що мали ризик зараження, варто повідомити про це, запросити для обстеження і запропонувати лікування за епідеміологічними показниками,

навіть якщо тести на наявність трихомонадної інфекції виявилися негативними.

- Пацієнтам та їх партнерам варто порекомендувати утримуватися від статевих контактів, доки вони не завершать відповідний курс лікування (протягом 5 днів після одноразового прийому препарату чи до завершення 5-денного курсу).

### **Наступне спостереження**

- Рекомендується повторне тестування за допомогою підтверджуючих тестів в лікувальній установі дерматовенерологічного профілю через 2 тижні після завершення терапії.

## **3.5. Лікування генітального герпесу**

Генітальний герпес – вірусне захворювання, що характеризується різноманітними клінічними симптомами. За сучасними даними кількість нових випадків захворювання щорічно зростає на 10%. Хвороба може бути спричинена вірусом ВПГ-1 (звичайна причина орально-лабіального герпесу), або вірусом ВПГ-2. Герпетична інфекція проявляється як симптоматично (клінічно виражена) захворювання на місці проникнення вірусу (тобто статеві органи), або протікає як безсимптомне й, отже, нерозпізнане захворювання. Крім того, можливі системні прояви, типові для гострої вірусної інфекції. Після інфікування вірус переходить у латентний стан у місцевому чуттєвому ганглії і періодично реактивується, викликаючи появу клінічних проявів у формі типових елементів висипу.

### *Ризик передачі*

Ризик передачі інфекції максимально високий при рецидиві вогнищ або в продромальний період. Пацієнтам радять утриматися від статевих контактів протягом цього часу. Передача збудників може відбутися і при відсутності рецидивуючих вогнищ у результаті субклінічного поширення вірусу. Ефективність використання презервативів для запобігання зараженню статевим шляхом формально не підтверджена. Ризик передачі захворювання вище від чоловіка до жінки, ніж навпаки.

### **Лікування**

#### **Перший епізод генітального герпесу та рецидив генітального герпесу**

#### *Показання для призначення терапії*

Пацієнтам, що звернулися до лікаря протягом 5 днів із дня початку епізоду, чи у той час, коли ще утворюються нові вогнища, варто призначити всередину антивірусні препарати.

#### *Рекомендована схема:*

- Ацикловір по 800 мг 3 рази на добу протягом 5 діб перорально

#### *Альтернативна схема (еквівалентна):*

- Валацикловір по 500 мг 2 рази на добу протягом 5 діб перорально

### *Консультація й інформування пацієнтів*

При проведенні консультації пацієнтів з першим епізодом чи рецидивом генітального герпесу необхідно розповісти пацієнту про можливе джерело (джерелах) інфекції, природному розвитку захворювання, включаючи ризик розвитку субклінічної інфекції, різні варіанти лікування, ризик передачі інфекції статевим шляхом або інших шляхів, ризик передачі інфекції від матері плоду під час вагітності, можливість повідомлення партнера про інфекцію.

### Рецидивуючий генітальний герпес

#### *Показання для призначення терапії*

Рецидиви генітального герпесу носять обмежений характер і в цілому протікають з незначними симптомами. Оптимальна схема лікування визначається залежно від частоти рецидивів та ступеню клінічних проявів захворювання. Найбільш піходяща терапія для лікування окремого пацієнта може мінятися з часом в залежності від частоти рецидивів, важкості симптомів.

#### *Епізодичне антивірусне лікування*

Застосування ацикловіра, валацикловіра всередину ефективно для зменшення тривалості і тяжкості рецидивуючого генітального герпесу. Зменшення тривалості складає в середньому 1-2 дні для більшості пацієнтів. Якщо пацієнт почав лікування на ранній стадії епізоду, лікування з великою часткою ймовірності буде ефективним. Дози, рекомендовані на 5-10 днів застосування. Тривалість лікування рецидивуючого генітального герпесу визначається лікарем в залежності від частоти рецидивів та важкості симптомів захворювання у окремого пацієнта.

- Ацикловір по 800 мг 3 рази на добу протягом 5 діб

#### *Альтернативна схема (еквівалентна):*

- Валацикловір по 500 мг 2 рази на добу протягом 5 діб

### Особливі зауваження

- Рекомендується *утримуватися* від статевих зносин протягом 5 днів після завершення курсу лікування, а також доти, поки всі статеві партнери пацієнта не пройдуть відповідний курс лікування.
- *Дотримання пацієнтом режиму лікування* залежить від надання пацієнту інформації про спосіб передачі інфекції, її наслідки, важливості для статевого партнера, діагностики та схеми лікування, а також про побічні дії лікарських препаратів.

### *Особливі моменти для ВІЛ-інфікованих пацієнтів*

- ВІЛ-позитивні пацієнти з першим епізодом чи рецидивом генітального герпесу повинні одержувати таке ж лікування, що і пацієнти без ВІЛ-інфекції.

### Ведення статевих партнерів

Виходячи з конкретного випадку, варто запропонувати огляд партнера.

### **Наступне спостереження**

Пацієнтам варто запропонувати повторно відвідати клініку, якщо виникне проблема рецидивів.

### **3.6. Лікування генітального кандидозу**

Генітальний кандидоз – захворювання, яке спричинене грибами роду *Candida* та характеризуються безпосередньо ураженням сечостатевої системи.

Пацієнтам, в яких на основі зібраних скарг, клінічних симптомів, анамнезу, особливостей поведінки (групи уразливі стосовно зараженню ВІЛ) була запідозрена, а потім підтверджена лабораторними методами діагностики наявність сечостатевого кандидозу, призначається лікування і наступне спостереження.

#### **Лікування**

*Рекомендована схема для чоловіків:*

- Флуконазол 150 мг перорально, одноразово
- Альтернативні схеми для чоловіків (еквівалентні):*
- Клотримазол крем 1% два рази на добу протягом 3 днів зовнішньо

*Рекомендована схема для жінок:*

- Флуконазол 150 мг перорально, одноразово
- Альтернативні схеми для жінок (еквівалентні):*
- Клотримазол у вигляді піхвових таблеток 500 мг одноразово чи 200 мг внутрішньо один раз на добу протягом 3-х днів.
- Міконазол у вигляді піхвових свічок 1200 мг одноразово чи по 400 мг внутрішньо раз на добу протягом 3 днів.

*Загальні положення*

- Хворі на генітальний кандидоз повинні бути обстежені на наявність інших інфекцій, що передаються статевим шляхом

#### **Особливі зауваження**

- Рекомендується *утримуватися* від статевих зносин протягом 5 днів після завершення одноразової терапії, а також доти, поки всі статеві партнери пацієнта не пройдуть відповідний курс лікування.
- *Дотримання пацієнтом режиму лікування* залежить від надання пацієнту інформації про спосіб передачі інфекції, її наслідки, важливості для статевого партнера, діагностиці і схеми лікування, а також про побічні дії лікарських препаратів.
- Вагінальне лікування не проводиться під час менструації.

*Особливі моменти для ВІЛ-інфікованих пацієнтів*

- Особи з ВІЛ-інфекцією і генітальним кандидозом повинні одержувати таке ж лікування, що і пацієнти без ВІЛ-інфекції.

### **Ведення статевих партнерів**

- Пацієнтів варто проінформувати про те, що їхні статеві партнери повинні бути обстежені, протестовані та проліковані.
- Пацієнтам та їх партнерам варто порекомендувати утримуватися від статевих контактів, доки вони не завершать відповідний курс лікування.

### **Наступне спостереження**

- Необхідне тільки в тому випадку, якщо симптоми не регресують, чи якщо підозрюється інша ІПСШ.

Якщо захворювання рецидивує, необхідно виключити фактори, що призводять до швидкого росту *Candida albicans*:

- цукровий діабет
- застосування антибіотиків широкого спектру дії
- імунодефіцит внаслідок будь-якої причини (наприклад, ВІЛ-інфекція, застосування стероїдів, хіміотерапія, інше)
- виключити реінфекцію від партнера

## **3.7. Особливості призначення лікування**

Важливим компонентом нагляду за хворим, що отримує терапію, є виявлення та корекція несприятливих реакцій, які виникають у процесі лікування.

Під *несприятливими реакціями* маються на увазі всі негативні зміни у стані пацієнта або результатах його фізикального, лабораторного, інструментального обстеження, незалежно від того, чи пов'язані вони, на думку лікаря чи пацієнта, з проведеною терапією чи ні, оскільки цей зв'язок може бути встановлений пізніше.

### ***Заходи, спрямовані на профілактику та корекцію несприятливих ефектів терапії:***

- Перед початком терапії треба провести ретельне опитування пацієнта з щодо наявності в анамнезі алергічних реакцій. Якщо в процесі лікування виникла алергічна реакція, препарат слід відмінити і застосувати відповідні заходи (призначення антигістамінних засобів, ентеросорбентів, гіпоалергенної дієти, у важких випадках-препаратів кортикостероїдних гормонів, тощо).
- Пацієнту необхідно надати інформацію про найпоширеніші та найнебезпечніші побічні ефекти призначених йому препаратів.
- Пацієнт має отримати конкретні та зрозумілі інструкції щодо власних дій у випадку появи тих чи інших симптомів.
- Для своєчасного виявлення побічних ефектів терапії необхідне неухильне дотримання графіка систематичного спостереження та обстеження пацієнта.

- Виникнення несприятливих реакцій може слугувати підставою для позапланового чи додаткового обстеження хворого з метою з'ясування причин розвитку ускладнень.
- У випадку виникнення несприятливих реакцій на терапію слід забезпечити хворому своєчасне надання допомоги у необхідному обсязі.
- У більшості випадків достатньо провести консультування пацієнта та призначити симптоматичне лікування.
- У випадку виникнення важких і/або неприйнятних для пацієнта побічних ефектів необхідна заміна окремих препаратів або тимчасова відміна всієї схеми.

**При виникненні важких ускладнень, що становлять загрозу для життя пацієнта необхідно негайно відмінити призначене лікування і госпіталізувати пацієнта для проведення патогенетичної і симптоматичної терапії.**

***Найчастіші несприятливі реакції при лікуванні ІПСШ (призначення антибіотиків, протитрихомонадних препаратів, антимикотиків та протигерпетичних препаратів):***

- Найчастіше побічними реакціями є місцеві реакції: еритема, біль, інфільтрат в місці введення препарату.
- Алергічні реакції/шкірні прояви: висипка, свербіж, кропив'янка, мультиформна еритема, ангіоневротичний набряк, синдром Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз (рідко), лихоманка, анафілактичні реакції.
- Реакції з боку системи травлення: нудота, блювання, діарея, плями на зубах, випадки розвитку псевдомембранозного коліту.
- Порушення функції печінки: помірний зріст вмісту в сироватці трансаміназ, білірубіну та/або лужної фосфатази; гепатити (рідко).
- Порушення функції нирок: олігурія/анурія, поліурія, гостра ниркова недостатність. Може спостерігатися зріст рівня креатинину в сироватці крові, зміна кольору сечі.
- Сенсорні порушення: зниження слуху, зміна смакових відчуттів.

***Деякі особливості призначення прискореного лікування ІПСШ в окремих випадках:***

- *При ВІЛ-інфекції:* особи з ВІЛ-інфекцією повинні одержувати таке ж лікування, що і пацієнти без ВІЛ-інфекції.
- *В період вагітності:* не проводиться.
- *В жінок, що годують грудьми:* грудне вигодовування слід припинити.
- *При патології нирок:* проводиться з застереженням, забороняється лише при кліренсі креатинину менш 5 мл/1,73 м<sup>2</sup>
- *При патології печінки:* проводиться з застереженням.
- *При туберкульозі:* на фоні протитуберкульозного лікування проводиться з застереженням.

- *При прийомі замісної підтримувальної терапії (метадон, бупренорфін):* не слід одночасно призначати антибіотики, що метаболізуються печінковим цитохромом Р-450 (офлоксацин, доксициклін) – зниження рівня препаратів замісної терапії; одночасний прийом флуконазолу може привести до підвищення рівня препаратів замісної терапії.
- *При прийомі антиретровірусної терапії (невірапін, ламівудин, тенофовір, диданозин, ставудин, ефавіренз, ритонавір):* проводиться з застереженням у пацієнтів з захворюваннями печінки та панкреатитом.

## 4. ЗАКЛЮЧЕННЯ

За темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції Україна вийшла на перше місце в Європі. Такому розвитку епідемії сприяє тривожна епідемічна ситуація у відношенні ІПСШ. Інфекційні захворювання, що передаються статевим шляхом, значно підвищують вірогідність проникнення ВІЛ через слизові оболонки. Особливу небезпеку представляють ІПСШ, що супроводжуються порушенням цілісності слизових оболонок (сифіліс, генітальний герпес, сечостатевий трихомоноз, сечостатевий хламідіоз, гонорея та генітальний кандидоз). Ризик зараження ВІЛ за наявності цих симптомів підвищується в 3-5 разів.

Зростання захворюваності ІПСШ, у тому числі і ВІЛ-інфекцією, значною мірою обумовлено розповсюдженням практики ризикованої сексуальної поведінки і недосконалістю профілактичних програм. Отже, дуже важливо використання різних методів інформування, підтримка зусиль, направлених на зміни моделі поведінки населення. Істотна роль повинна відводитися розвитку адекватних форм профілактичної і лікувальної роботи, особливо з групами підвищеного поведінкового ризику. Для цього необхідне всестороннє вивчення потреб і оцінка ситуації в цільовій спільноті.

Сьогодні боротьба з розповсюдженням ВІЛ-інфекції є пріоритетним напрямом. Проте до теперішнього часу профілактика ВІЛ недостатньо інтегрована з профілактикою інших ІПСШ. Основним важелем контролю за ІПСШ є виявлення та реєстрація випадків захворювання, відстежування і лікування контактних осіб. Контроль ВІЛ-інфекції здійснюється через реєстрацію випадків захворювання. У зв'язку з вивченням чинників ризику, програми, направлені на навчання безпечним видам сексуальної поведінки і наближення медичних послуг до загального населення і, особливо до уразливих груп, є пріоритетними.

З урахуванням специфіки даної цільової групи необхідна розробка оптимальних підходів до діагностики, лікування та екстреної профілактики ІПСШ серед осіб, що належать до уразливих груп. Для лабораторної діагностики доцільно використання простих, швидких тестів, які не потребують додаткового обладнання і дають відповідь за 15-20 хвилин, з урахуванням скарг, анамнестичних даних та клінічних проявів. Особливості діагностики, використання скринінг-тестів для діагностики ІПСШ серед представників уразливих груп планується викласти в наступних методичних рекомендаціях.



## 5. ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. ВОЗ. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. // Всемирная организация здравоохранения - 2007 г. – 70 с.
2. Закон України "Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення"" від 15.11.2001 N 2776-III.
3. *Запорожан В.М., Аряєв М.Л.* ВІЛ-інфекція і СНІД. Київ: Здоровья, 2004.- 636с.
4. Застосування швидких тестів у лабораторній діагностиці інфекційних хвороб (методичні рекомендації з наказом МОЗ України № 467 від 23.09.2004) / *В. П. Широбоков, І.В. Дзюблик, С. Г. Вороненко та ін.* - Київ – 2004.- 32С.
5. Консультирование в связи с ВИЧ/СПИД (учебное пособие) / *Т.В. Проценко, И.В. Куценко, О.А. Проценко.* –Донецк, 2002. 64с.
6. *Мавров Г.И.* Хламидийные инфекции: биология возбудителей, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Монография. – К.: Геркон, 2005. – 524 с.
7. *Мавров И.И.* Половые болезни. Рук-во для врачей, интернов и студентов. – Харьков: Факт, 2002. – 789 с.
8. Методики лікування і профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом / *І.І. Мавров, Г.І. Мавров, Л.Д. Калюжна, В.Г. Коляденко, та ін.*- Харків: ФАКТ, 2001.- 55с.
9. Національний звіт із виконання рішень декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. – К., 2008. -144 с.
10. Основы консультирования по вопросам репродуктивного сексуального здоровья // *С.Г. Бондаренко, Б.М. Ворник, О.Н. Гарнец, В.П. Квашенко, и соавт.* / Киев. – 2004. – 264 с.
11. Протоколи лабораторної Діагностики інфекцій, Спричинених *Neisseria gonorrhoeae* / *Г.І Мавров, Г. М. Бондаренко, Н. В. Кочетова, та ін.* // Дерматологія та венерологія - 2007.- № 1(35) С.65-90.
12. Протоколи лабораторної діагностики сифілісу у країнах східної Європи / *Г.І. Мавров, Г. М. Бондаренко, Н. В. Кочетова, та ін.* // Дерматологія та венерологія - 2008.- №1(39) С. 90-116.
13. *Проценко О.А., Кигель М.Г., Куценко И.В., и соавт.* // Консультирование по вопросам ИППП/ВИЧ/СПИДа и психоэмоциональная поддержка ВИЧ-позитивных осужденных в условиях пенитенциарной системы в Донецком регионе. - Донецк. – 2005. – 63 с.
14. *Степаненко В.І.* Стан та проблеми дерматовенерологічної служби в Україні // Дерматологія та венерологія. – 2004. – № 4(26). – С. 10–15.
15. Тест-системы нового поколения для диагностики сифилиса, гонореи, хламидиоза и трихомониаза (методические рекомендации) / *Г.І. Мавров, Л.Д. Калюжная, Л.С. Тацкая, Г.П. Чинов.*- МЗ и АМН Украины, Киев, 2002. 34с.
16. Уніфікація лабораторних методів дослідження в діагностиці захворювань, що передаються статевим шляхом / *І.І. Мавров, О.П. Белозоров, Л.С. Тацька, та ін.*- Харків; Факт, 2000.- 120 с.

17. *Benzaken A. S., Galban E. G., Antunes W., et al.* Diagnosis of gonococcal infection in high risk women using a rapid test // *Sexually Transmitted Infections* 2006.- Vol. 82.- P. v26-v28
18. Centers for Disease Control and Prevention. 2002 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases // *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* -2002. –Vol. 51. -(RR6) P.1-84.
19. European STD guidelines // *Int. J. STD. AIDS.* -2001. –Vol.12. – Suppl. 3
20. *Hayes RJ, Schulz KF, Plummer FA.* The cofactor effect of genital ulcers in the per-exposure risk of HIV transmission in sub-Saharan Africa // *Journal of tropical medicine and hygiene.* -1995. –Vol. 98. –P.1-8.
21. *Herring A. J., Ballard R. C., Pope V., et al.* A multi-centre evaluation of nine rapid, point-of-care syphilis tests using archived sera // *Sexually Transmitted Infections* 2006.- Vol. 82.- P.v7-v12
22. *Peeling R. W., Holmes K. K., Mabey D., Ronald A.* Rapid tests for sexually transmitted infections (STIs): the way forward // *Sexually Transmitted Infections.*- 2006.- Vol. 82.- P. v1-v6.
23. *Stary A.* European guideline for the management of chlamydial infection // *Int. J. STD. AIDS.* – 2001. –Vol.12(suppl 3). –P.30-33.
24. *Yin Y-P, Peeling R. W., Chen X-S, et al.* Clinic-based evaluation of Clearview *Chlamydia* MF for detection of *Chlamydia trachomatis* in vaginal and cervical specimens from women at high risk in China // *Sexually Transmitted Infections* 2006.- Vol. 82.- P. v33-v37.
25. *UNAIDS.* Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ. На пути к обеспечению всеобщего доступа (Geneva, 2007).  
[http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274\\_practguidelines\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274_practguidelines_ru.pdf).
26. *WHO.* Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector // *World Health Organization.*-September 2008. -128 p.

На базі ДУ “Інститут дерматології та венерології АМН України” створено **Всеукраїнський координаційний Центр** з питань проведення скринінг-тестування та лікування ІПСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення.

Основні напрямки роботи Центру:

- методологічний супровід процесу діагностики з застосуванням швидких тестів серед представників вразливих до ВІЛ груп населення в Україні,
- методологічний супровід процесу лікування ІПСШ серед представників вразливих до ВІЛ груп населення в Україні,
- дослідження поширеності ІПСШ серед уразливих груп в Україні,
- моніторинг результатів скринінг-тестування та лікування ІПСШ за розробленими методиками,
- розробка та впровадження навчальних програм з питань скринінг-тестування та лікування ІПСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення.

На базі Центру створена “гаряча” телефонна лінія для консультування лікарів-дерматовенерологів та представників НУО з питань проведення скринінг-тестування та лікування ІПСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення.

Номери телефонів: **+380503271887, +380503270733** (Понеділок-п’ятниця 9.00-17.00)

Штатний розклад Центру:

- Мавров Геннадій Іванович – керівник Центру,
- Бондаренко Гліб Михайлович – моніторинг скринінг-тестування та лікування ІПСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення,
- Щербакова Юлія Валеріївна – моніторинг навчальних та тренінгових програм з питань скринінг-тестування та лікування ІПСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення.

**Адрес сайту:** [www.idvamnu.com.ua](http://www.idvamnu.com.ua)