

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zakażeń przenoszonych drogą płciową w położnictwie i ginekologii.

Do przygotowania rekomendacji Polskie Towarzystwo Ginekologiczne powołało 1 lipca 2004 roku Komisję w składzie:

Przewodniczący – dr hab. Tomasz Niemiec

Członkowie:

- prof. dr hab. Marek Spaczyński
- prof. dr hab. Jacek Brązert
- prof. dr hab. Krzysztof Drews
- prof. dr hab. Krzysztof Szaflik
- prof. dr hab. Artur Jakimiuk
- prof. dr hab. Leszek Pawelczyk
- dr hab. Witold Kędzia
- dr n med. Romuald Piotr Niecewicz

Opracowane rekomendacje mają ułatwić zapobieganie, diagnostykę oraz leczenie chorób przenoszonych drogą płciową.

Zapobieganie i kontrola chorób przenoszonych drogą płciową opiera się na następujących zasadach:

- edukacji i poradnictwie dotyczącym promocji bezpiecznych zachowań seksualnych
- identyfikacji bezobjawowych osób zakażonych i/lub z objawami klinicznymi, które same nie szukają możliwości diagnostyki i leczenia
- skutecznej diagnostyki i leczenia osób zakażonych
- identyfikacji, oceny, poradnictwa i leczenia partnerów seksualnych osób zakażonych chorobami przenoszonymi drogą płciową
- szczepieniach poprzedzających ekspozycję osób zagrożonych chorobami przenoszonymi drogą płciową

Poradnictwo i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową powinno być prowadzone z zachowaniem zasady poufności. Wszystkie procedury diagnostyczne oraz lecznicze u osób podejrzanych lub zakażonych chorobami przenoszonymi drogą płciową mogą być przeprowadzone po uprzednim uzyskaniu świadomej, pisemnej zgody osoby konsultowanej.

Pełne badanie w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową obejmuje:

- wywiad dotyczący objawów klinicznych
- informacje na temat przebytych chorób przenoszonych drogą płciową
- wywiad dotyczący zachowań seksualnych: aktualni partnerzy, rodzaj kontaktów, stosowanie barierowych środków antykoncepcyjnych
- obecność objawów chorób przenoszonych drogą płciową u partnerów seksualnych
- stosowane w przeszłości i aktualnie leki (antybiotyki, inne leki przeciwbakteryjne lub przeciwwirusowe)
- znane uczulenia na leki
- wywiad dotyczący czynników ryzyka zakażenia HIV i/lub wirusowego zapalenia wątroby typu B

- wywiad dotyczący przeszłości położniczej, przebytych chorób kobiecych i wykonanych badań przesiewowych (badania cytologicznego, ultrasonografii i mammografii)

Wskazania do pełnego badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową:

- Rozpoznanie jakiejkolwiek choroby przenoszonej drogą płciową
- Stwierdzenie ryzykownych zachowań w zakresie nabycia choroby przenoszonej drogą płciową (duża liczba partnerów seksualnych lub partner z rozpoznany zakażeniem przenoszonym drogą płciową.)
- Udział w prostytutce
- Zgłoszenie gwałtu lub wykorzystywania seksualnego
- Obecność objawów wskazujących na możliwość zakażenia przenoszonego drogą płciową
- Kontakty seksualne z osobą, u której wystąpiły objawy wskazujące na możliwość zakażenia przenoszonego drogą płciową

Zalecane badania przy podejrzeniu zakażenia przenoszonego drogą płciową:

Rutynowo w kierunku:

- Chlamydii
- Rzeżączki
- Kiły
- Zakażenia HIV

Dodatkowo, gdy wskazują na to objawy lub wywiad chorobowy w kierunku:

- Bacterial vaginosis
- Grzybiczego zapalenia sromu i pochwy
- Rzęsistkowicy
- Opryszczki płciowej
- Świerzbu
- Wszawicy łonowej
- Mieczaka zakaźnego
- Ziarniniaka pachwinowego
- Wirusowego zapalenia wątroby typu B

Decyzja o tym, które z powyższych badań należy wykonać powinna wynikać z:

- częstości występowania zakażeń w lokalnej populacji
- możliwości przeprowadzenia tych badań
- Skuteczne zapobieganie i rozpoznanie zakażeń przenoszonych drogą płciową powinno być oparte na wynikach przeprowadzonych (tam, gdzie jest to możliwe) badań laboratoryjnych.

Zasady leczenia zakażeń przenoszonych drogą płciową:

- leczenie należy rozpocząć podczas pierwszej wizyty, jeżeli istnieje możliwość potwierdzenia zakażenia,
- tam, gdzie jest to możliwe należy dążyć do zastosowania leku w pojedynczej dawce,
- pacjent powinien zostać poinformowany o konieczności unikania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia do czasu, gdy istnieje ryzyko przekazania infekcji innym lub nawrotu zakażenia,

Identyfikacja partnera.

- identyfikację partnera należy brać pod uwagę w każdym przypadku potwierdzonej choroby przenoszonej drogą płciową
- decyzja, którzy z partnerów seksualnych powinni być poddani badaniu zależy od rodzaju patogenu, znajomości jego okresu inkubacji i wywiadu,

Kontrola po leczeniu.

- powinna być przeprowadzona w każdym potwierdzonym przypadku choroby przenoszonej drogą płciową

Szczegółowe rekomendacje PTG dotyczące leczenia chorób przenoszonych drogą płciową.

HIV/AIDS.

Badania w kierunku zakażenia HIV są zalecane i powinny być proponowane wszystkim osobom zgłaszającym się do poradni chorób przenoszonych drogą płciową.

Wszystkim kobietom ciężarnym należy proponować dobrowolne badanie w kierunku zakażenia HIV podczas pierwszej wizyty w okresie prenatalnym.

Diagnostyka zakażeń HIV powinna być prowadzona z zachowaniem zasad poradnictwa przed i po wykonaniu badań. Leczenie kobiet zakażonych HIV powinno być prowadzone w interdyscyplinarnych zespołach i w ośrodkach specjalistycznych. U kobiet zakażonych HIV należy wykonywać wymaz cytologiczny co 6 miesięcy i badanie kolposkopowe 1 raz w roku.

Kiła.

Kiła wczesna.

Terapia pierwszego rzutu.

Penicylina benzatynowa 2,4 mln U i.m./ w jednej dawce

Lub

Penicylina prokainowa 600 000 U i.m./ dziennie przez 10-14 dni (dla otyłych pacjentów dawka dzienna penicyliny prokainowej wynosi 1,2 mln U)

Lub

Penicylina benzyłowa 1 mln U i.m./dziennie przez 10-14 dni

W przypadku uczulenia na penicyliny:

Doksycyklina 200 mg dziennie przez 14 dni
Lub
Tetracyklina 500 mg 4 razy dziennie przez 14 dni
Lub
Azytromycyna 500 mg dziennie przez 10 dni

Kiła późna

Terapia pierwszego rzutu:

Penicylina benzatynowa 2,4 mln U i.m./ tygodniowo, podawane w dniu 1, 8 i 15
Lub
Penicylina prokainowa 600 000 U i.m./dziennie przez 17-21 dni
Lub
Penicylina benzylowa 1 mln U.m./dziennie przez 21 dni

W przypadku uczulenia na penicyliny:

Doksycyklina 200 mg/dziennie, przez 21-28 dni
Lub
Tetracyklina 500 mg, cztery razy dziennie przez 28 dni
Lub
Erytromycyna 500 mg, cztery razy dziennie przez 28 dni

Zaleca się wykonywanie testów serologicznych we wczesnym okresie ciąży u każdej kobiety oraz powtórzenie testu serologicznego w 28 tygodniu ciąży. W grupie kobiet, u których częściej obserwuje się zachowania ryzykowne rekomenduje się wykonanie testu serologicznego również po porodzie.

Leczenie kiły w ciąży:

Penicylina benzatynowa 2,4 mln U i.m./tydzień, podając w dniu 1 i 8
Lub
Penicylina prokainowa 600 000 – 1,2 mln U i.m./dziennie przez 10-14 dni

W przypadku uczulenia na penicyliny:

Azytromycyna 500 mg dziennie przez 10 dni
Lub
Ceftriakson 250-500 mg i.m. dziennie przez 10 dni

Zakażenia Chlamydia trachomatis.

Leczenie

Azytromycyna 1g doustnie w pojedynczej dawce
Lub
Doksycyklina 100 mg doustnie dwa razy dziennie przez 7 dni

Leczenie alternatywne.

Erytromycyna 800 mg doustnie 4 razy dziennie przez 7 dni
Lub
Ofloksacyna 300 mg doustnie 2 razy dziennie przez 7 dni
Lub
Lewofloksacyna 500 mg doustnie przez 7 dni

Zakażenia *C. trachomatis* u kobiet ciężarnych.

Azytromycyna 1 g doustnie, w jednej dawce
Lub
Erytromycyna 500 mg doustnie 4 razy dziennie przez 7 dni
Lub
Amoksycylina 500 mg doustnie 3 razy dziennie przez 7 dni

Leczenie alternatywne.

Erytromycyna 800 mg doustnie 4 razy dziennie przez 7 dni
Lub
Erytromycyna 400 mg doustnie 4 razy dziennie przez 14 dni

Zakażenie *C. trachomatis* u noworodków.

Leczenie.

Erytromycyna 50 mg/kg/dz doustnie w 4 dawkach przez 14 dni

Zakażenie *C. trachomatis* u dzieci.

Leczenie.

U dzieci z wagą < 45 kg:

Erytromycyna 50 mg/kg/dz doustnie w 4 dawkach przez 14 dni

Rzeżączka.

Leczenie:

Ceftriakson 250 mg i.m. w pojedynczej dawce
lub
Ciprofloksacyna 500 mg doustnie w pojedynczej dawce
Lub
Spektomycyna 2 g i.m. w pojedynczej dawce
Lub
Cefixim 400 mg doustnie w pojedynczej dawce
Lub
Ofloksacyna 400 mg doustnie w pojedynczej dawce

Leczenie alternatywne:

Amoksycylina 2 g lub 3 g doustnie, Probenecid 1 g doustnie w pojedynczej dawce

W przypadku stwierdzenia zakażenia rzeżączką zaleca się wykonanie testu w kierunku zakażenia kiłą oraz Chlamydia trachomatis.

Ciąża i karmienie piersią.

Ceftriakson 250 mg i.m. w pojedynczej dawce
Lub
Spektynomycyna 2 g i.m. w pojedynczej dawce
Lub
Amoksycylina 2 g lub 3 g doustnie plus probenecid 1 g doustnie w pojedynczej dawce

U każdej pacjentki z objawami zapalenia cewki moczowej należy wykonać badanie w kierunku zakażenia *Neisseria gonorrhoeae* oraz *Chlamydia trachomatis*.

Zakażenie narządów płciowych wirusem opryszczki.

Zalecane schematy leczenia:

Pierwszy epizod kliniczny opryszczki narządów płciowych.

Acyklowir 400 mg doustnie trzy razy na dobę przez 7-10 dni,
Lub
Acyklowir 200 mg doustnie pięć razy na dobę przez 7-10 dni
Lub
Famcyklowir 250 mg doustnie trzy razy na dobę przez 7-10 dni
Lub
Walacyklowir 1 g doustnie dwa razy na dobę przez 7-10 dni

Nawracające zakażenie wirusem opryszczki narządów płciowych

Acyklowir 400 mg doustnie trzy razy na dobę przez 5 dni
Lub
Acyklowir 200 mg doustnie cztery razy na dobę przez 5 dni,
Lub
Famcyklowir 125 mg doustnie dwa razy na dobę przez 5 dni
Lub
Walacyklowir 500 mg doustnie dwa razy na dobę przez 3-5 dni
Lub
Walacyklowir 1 g doustnie raz na dobę przez 5 dni

Leczenie kobiet ciężarnych z pierwszym epizodem klinicznym opryszczki narządów płciowych.

W I-szym i w II-trymestrze ciąży zaleca się doustne lub dożylnie stosowanie Acyklowiru w standardowych dawkach.

Kontynuacja leczenia Acyklowirem do czasu porodu zapobiega nawrotom zakażenia i pozwala ukończyć ciążę drogami i siłami natury.

Zakażenie wirusem opryszczki płciowej w trzecim trymestrze ciąży jest wskazaniem do ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego w terminie porodu. Jeżeli zakażenie nastąpiło w okresie 6 tygodni poprzedzających poród – należy zastosować leczenie Acyklowirem u matki i noworodka.

Zakażenia narządów płciowych wywołane wirusem brodawczaka ludzkiego.

Zasady ogólne

- rekomendowanym postępowaniem przy wykryciu koilocytów w wymazie cytologicznym lub rozpoznaniu zmian typu LSIL potwierdzonym w badaniu kolposkopowym jest wyczekiwanie i obserwacja
- należy powtórzyć wymaz cytologiczny dwukrotnie w ciągu 12 miesięcy lub wykonać oznaczenie obecności DNA HPV w materiale pochodzącym z szyjki macicy po upływie roku od wykrycia LSIL
- wskazaniem do rozpoczęcia leczenia jest obecność objawów klinicznych lub przetrwałe zakażenie utrzymujące się dłużej niż 12 miesięcy

Zalecana terapia:

- w zakażeniu o charakterze przetrwałym i nawrotowym zaleca się stosowanie leczenia skojarzonego
- kłykciny płaskie, kończyste można usunąć za pomocą: miejscowego wycięcia, krioterapii, laseroterapii lub elektroauteryzacji techniką leep-loop
- do najskuteczniejszych metod farmakologicznego leczenia miejscowego zalicza się stosowanie:
 - podofiliny w roztworze 5% - 25 % stosowanym na około 10 cm² skóry zmienionej, raz w tygodniu przez 6 tygodni, czas aplikacji 1,5 do maksymalnie 4 godzin. Po aplikacji obszar leczony powinien być przemyty i osuszony.
 - podofilotoksyny w roztworze 0,5 % stosowanym na około 10 cm² skóry zmienionej, w 6 cyklach 3-dniowych. Między cyklami obowiązuje 4-dniowa przerwa
 - kwasu trójchlorooctowego w roztworze 80—90 % stosowanym raz w tygodniu w powtarzanych cyklach (terapia dopuszczalna u kobiet w ciąży)
 - 5-Fluorouracylu w kremie 5 % stosowanym raz dziennie przez 7 dni, cykl powtarzany co 2-3 tygodnie
 - interferon alfa w iniekcjach domięśniowych i podskórnych podawanych bezpośrednio w okolicy zmienionej chorobowo
- wybór terapii zależy od obrazu morfologicznego, rozległości i umiejscowienia zmian chorobowych

Wrzód miękki.

Zalecane leczenie:

Azytromycyna 1 g doustnie w pojedynczej dawce.

lub

Ceftriakson 250 mg domięśniowo w pojedynczej dawce,

Lub

Cyprofloksacyna 500 mg doustnie dwa razy na dobę przez 3 dni,

Lub

Erytromycyna 500 mg doustnie trzy razy na dobę przez 7 dni.

Ziarniniak pachwinowy.

Zalecane leczenie.

Doksycyklina 100 mg doustnie dwa razy na dobę, przez co najmniej 3 tygodnie,

Lub

Trimetoprim łącznie z sulfametoksazolem – jedna tabletką 800 mg / 160 mg doustnie dwa razy na dobę przez co najmniej 3 tygodnie.

Leczenie alternatywne:

Cyprofloksacyna 750 mg doustnie dwa razy na dobę, przez co najmniej 3 tygodnie

Lub

Azytromycyna 1 g doustnie raz w tygodniu, przez co najmniej 3 tygodnie.

Ziarnica weneryczna pachwin.

Zalecane leczenie:

Doksycyklina 100 mg doustnie dwa razy na dobę przez 21 dni

Lub

Erytromycyna 500 mg doustnie cztery razy na dobę przez 3 tygodnie

Lub

Azytromycyna w dawce 1 g doustnie raz w tygodniu przez 3 tygodnie

Świerzb.

Leczenie

Permetryna w kremie 5%, 1 raz dz. przez 8-14 godz.

Lub

Lindan w emulsji, żelu lub maści 0,3% , przez 3 dni przez 12 godz.

Alternatywne leczenie:

Novoscabin, 10-procentowy krotamin lub maść Wilkinsona.

Wszawica łonowa.

Leczenie.

Permetryna w kremie 1%, jednorazowo przez 10 min (może być stosowana u kobiet w ciąży)

Lub

Lindan w płynie, kremie lub szamponie 1%, jednorazowo przez 4 minuty

Zakażenia i zapalenia sromu i pochwy.

Bacterial vaginosis

Leczenie

Kobiety nieciążarne.

Klindamycyna w kremie 2% , 5 g dziennie przez 7 dni

Lub

Metronidazol 500 mg doustnie 2 razy dziennie przez 7 dni

Lub

Metronidazol 2 g doustnie, jednorazowo

Leczenie alternatywne.

Klindamycyna 300 mg doustnie 2 razy dziennie przez 7 dni

Kobiety ciężarne.

Zalecane leczenie.

Metronidazol 250 mg doustnie 3 razy dziennie przez 7 dni

Lub

Klindamycyna w kremie 2%, 5 g dziennie przez 7 dni

Lub

Klindamycyna 300 mg doustnie 2 razy dziennie przez 7 dni

Zakażenie rzęsistkiem pochwowym.

Zalecane leczenie.

Metronidazol 500 mg doustnie 2 razy dziennie przez 7-10 dni

Lub

Metronidazol 2 g doustnie, jednorazowo

U kobiet ciężarnych.

Metronidazol 2 g doustnie, jednorazowo

Lub

Metronidazol 500 mg doustnie 2 razy dziennie przez 7 dni

Grzybicze zapalenie pochwy i sromu.

Zalecane leczenie

Preparaty dopochwowe:

Nystatyna 100 000 j 1 tabl. przez 14 dni

Lub

Natamycyna 100 mg 1 tabl przez 3-6 dni

Lub

Klotrimazol 100 mg 1 tabl przez 6 dni

Lub

Klotrimazol krem 1% przez 14 dni

Lub

Ekonazol 500 mg 1 tabl przez 7-14 dni

Lub

Ekonazol 150 mg 1 tabl przez 3 dni

Lub

Izokonazol 300 mg 2 tabl jednorazowo

Lub

Tiokonazol 300 mg 1 tabl jednorazowo
Lub
Mikonazol 100 mg, 1 tabl przez 8-15 dni
Lub
Ketokonazol 200 mg 1 tabl przez 10 dni

Preparaty doustne

Fluconazol tabl 100 mg 1 raz dziennie przez 14 dni
Lub
Flukonazol tabl 150 mg jednorazowo (w razie potrzeby można powtórzyć po 3 i 14 dniach)
Lub
Itrakonazol 100 mg, 2 tabl 2 razy dziennie, przez 1 dzień

U kobiet w ciąży:

Leczenie miejscowe

Nystatyna 100 000 j, 1 tabl. przez 10-14 dni
Lub
Natamycyna 100 mg 1tabl przez 3-6 dni
Lub
Klotrimazol 100 mg 1 tabl przez 6 dni
lub
Klotrimazol 500 mg 1 tabl jednorazowo
Lub
Inne preparaty zawierające azole przez 7 dni

Leczenie doustne:

Flukonazol tabl 150 mg jednorazowo

Leczenie doustne u kobiet karmiących piersią jest przeciwwskazane.

Nawrotowe grzybicze zapalenie pochwy i sromu.

Flukonazol 150 mg doustnie, jednorazowo, powtórzyć po 3 i 14 dniach ,następnie powtarzane w okresie około miesięczkowym przez 6 kolejnych miesięcy

Stany zapalne narządów miednicy mniejszej.

Zasady ogólne.

- Mimo dużej skuteczności leczenia ambulatoryjnego zaleca się leczenie pacjentek ze stanami zapalnymi narządów miednicy mniejszej w oddziałach szpitalnych.

- W przypadku leczenia ambulatoryjnego zaleca się przeprowadzenie badania kontrolnego po 2-3 dniach od rozpoczęcia leczenia, a następnie w razie jej korzystnego przebiegu 4-6 dni po jej zakończeniu.

Leczenie ambulatoryjne.

Cefoksytyna 2 g i.m. + 1 g probenecidu doustnie jednorazowo

Lub

Ceftriakson 250 mg i.m. lub inna cefalosporyna trzeciej generacji + Doksycyklina 100 mg 2 razy dziennie przez dalsze 2 tygodnie

lub

Ofloksacyna 400 mg doustnie 2 x dziennie przez 2 tygodnie plus Metronidazol 500 mg doustnie 2 razy dziennie przez 14 dni.

Leczenie szpitalne.

Cefoksytyna 2 g dożylnie co 6 godz. lub inne cefalosporyny 2 g dożylnie co 12 godz. i dodatkowo Doksycyklina 100 mg co 12 godz doustnie lub dożylnie

Lub

Klindamycyna 900 mg dożylnie co 8 godz i dodatkowo Gentamycyna i.m. lub i.v. 2 mg/kg, a następnie 1,5 mg/kg co 8 godz.

U kobiet ciężarnych oraz matek karmiących piersią należy brać pod uwagę niekorzystne skutki uboczne stosowanej terapii dla płodu i noworodka/niemowlecia

*Prezes
Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*

prof.dr hab.n.med. Marek Spaczyński