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

Do przygotowania rekomendacji Polskie Towarzystwo Ginekologiczne powołało 1 lipca 2004 r. 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 droga płciową powinno być prowadzone z zachowaniem zasady poufności. Wszystkie procedury diagnostyczne oraz leczenie 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 wirusowym zapaleniem 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 rozpoznanym zakażeniem przenoszonym drogą płciową),
- udział w prostytucji,
- zgłoszenie gwałtu lub wykorzystania seksualnego,
- obecność objawów wskazujących na możliwość zakażenia przenoszonego drogą płciową,
- kontakty seksualne z osobą, u której wystąpiły objawy wskazujące na możliwość zakażenia 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, jeśli 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 badania 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 mies. i badanie kolposkopowe raz w roku.

Kiła

Kiła wczesna

Terapia pierwszego rzutu:
– penicylina benzatynowa 2,4 mln U *i.m.* w 1 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 benzylowa 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 U 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 l mln U *i.m.* dziennie, przez 21 dni.

W przypadku uczulenia na penicyliny:
– doksycyklina 200 mg dziennie, przez 21–28 dni

lub
– teracyklina 500 mg, 4 razy dziennie, przez 28 dni
lub
– erytromycyna 500 mg, 4 razy dziennie, przez 28 dni.

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

Leczenie kiły w ciąży

Terapia pierwszego rzutu:
– penicylina benzatynowa 2,4 U 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 1 g doustnie, 2 razy dziennie, przez 7 dni
lub
– doksycyklina 100 mg doustnie, 2 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.

Zakażenie C. trachomatis u kobiet ciężarnych

Leczenie:
– azytromycyna 1 g doustnie, w 1 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, 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
– ciproflokacyna 500 mg doustnie, w pojedynczej dawce
lub
– spektomycyna 2 g *i.m.*, w pojedynczej dawce
lub
– cefiksim 400 mg doustnie, w pojedynczej dawce
lub
– oflokacyna 400 mg doustnie, w pojedynczej dawce.

Leczenie alternatywne:
– amoksycylina 2 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

Leczenie:
– ceftriakson 250 mg *i.m.*, w pojedynczej dawce
lub
– spektynomycyna 2 g *i.m.*, w pojedynczej dawce
lub
– amoksycylina 2 lub 3 g doustnie + probenecid 1 g doustnie, w pojedynczej dawce.

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

Zakażenie narządów płciowych wirusem opryszczki

Zalecane schematy leczenia:
1. Epizod kliniczny opryszczki narządów płciowych:
– acyklowir 400 mg doustnie, 3 razy/dobę, przez 7–10 dni
lub
– acyklowir 200 mg doustnie, 5 razy/dobę, przez 7–10 dni
lub
– famcyklowir 250 mg doustnie, 3 razy/dobę, przez 7–10 dni
lub
– walacyklowir 1 g doustnie, 2 razy/dobę, przez 7–10 dni.

Nawracające zakażenie wirusem opryszczki narządów płciowych

Leczenie:
– acyklowir 400 mg doustnie, 3 razy/dobę, przez 5 dni
lub
– acyklowir 200 mg doustnie, 4 razy/dobę, przez 5 dni
lub
– famcyklowir 125 mg doustnie, 2 razy/dobę, przez 5 dni
lub
– walacyklowir 500 mg doustnie, 2 razy/dobę, przez 3–5 dni
lub
– walacyklowir 1 g doustnie, raz/dobę, przez 5 dni.

Leczenie kobiet ciężarnych z 1. epizodem klinicznym opryszczki narządów płciowych

W 1. i 2. trymestrze ciąży zaleca się doustne lub dożylne stosowanie Acyklowiru w standardowych dawkach. Kontynuacja leczenia Acyklowirem do czasu porodu zapobiega nawrotem zakażenia i pozwala ukończyć ciążę drogami i siłami natury.
Zakażenie wirusem opryszczki płciowej w III trymestrze ciąży jest wskazaniem do ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego w terminie porodu. Jeżeli zakażenie nastąpiło w okresie 6 tyg. poprzedzających poród – należy zastosować leczenie Acyklowirem u matki i noworodka.

Zakażenie 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 2-krotnie w ciągu 12 mies. 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 mies.

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 elektrokauteryzacji techniką l*eep-loop*,
- do najskuteczniejszych metod farmakologicznego leczenia miejscowego zalicza się stosowanie:
  – podofiliny w roztworze 5–25% stosowanym na ok. 10 cm^2 skóry zmienionej, raz w tyg. przez 6 tyg., czas aplikacji od 1,5 do maks. 4 godz. Po aplikacji obszar leczony powinien być przemyty i osuszony,
  – podofilotoksyny w roztworze 0,5% stosowanym na ok. 10 cm^2 skóry zmienionej, w 6 cyklach 3-dniowych. Między cyklami obowiązuje 4-dniowa przerwa,
  – kwasu 3-chlorooctowego w roztworze 80–90%, stosowanego raz w tyg. w powtarzanych cyklach (terapia dopuszczalna u kobiet w ciąży),
  – 5-fluorouracylu w kremie 5%, stosowanego raz dziennie przez 7 dni, cykl powtarzany co 2–3 tyg.,
  – interferonu 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, 2 razy/dobę, przez 3 dni
lub
– erytromycyna 500 mg doustnie, 3 razy/dobę, przez 7 dni.

Ziarniak pachwinowy

Zalecane leczenie:
– doksycylina 100 mg doustnie, 2 razy/dobę, przez co najmniej 3 tyg.

lub
– trimetoprim + sulfametoksazol – 1 tabl. 800 mg/160 mg doustnie, 2 razy/dobę, przez co najmniej 3 tyg.

Leczenie alternatywne:
– cyprofloksacyna 750 mg doustnie, 2 razy/dobę, przez co najmniej 3 tyg.
lub
– azytromycyna 1 g doustnie, raz w tyg., przez co najmniej 3 tyg.

Ziarnica weneryczna pachwin

Zalecane leczenie:
– doksycyklina 100 mg doustnie, 2 razy/dobę, przez 21 dni
lub
– erytromycyna 500 mg doustnie, 4 razy/dobę, przez 3 tyg.
lub
– azytromycyna w dawce 1 g doustnie, raz w tyg., przez 3 tyg.

Świerzb

Leczenie:
– permetryna w kremie 5%, raz dziennie, przez 8–14 godz.
lub
– lindan w emulsji, żelu lub maści 0,3%, przez 3 dni przez 12 godz.

Leczenie alternatywne:
– 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 min.

Zakażenia i zapalenia sromu i pochwy

Bacterial vaginosis

Kobiety niecięższarne
Leczenie:
– 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., 1-razowo
lub
– tiokonazol 300 mg, 1 tabl., 1-razowo
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 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, 1 tabl., 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

Leczenie:
– flukonazol 150 mg doustnie, jednorazowo, powtórzyć po 3 i 14 dniach, następnie powtarzane w okresie okołomiesiączkowym przez 6 kolejnych mies.

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 III generacji + doksycyklina 100 mg, 2 razy dziennie, przez dalsze 2 tyg.
lub
– ofloksacyna 400 mg doustnie, 2 razy dziennie, przez 2 tyg. + 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
– l indamycyna 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/niemowlęcia.

prezes
Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
prof. dr hab. n. med. Marek Spaczyński