МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

# ВЕНЕРОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

(методичні рекомендації)

Київ – 2023

УДК 616.5-002.6

**Установа-розробник**: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Затверджено на Вченій раді Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (протокол № 1175, від 15.03.2023 р.).

**Автори:**

**Свистунов І.В.** – професор кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

**Кузін І.В**. – заступник міністра охорони здоров'я України, Головний державний санітарний лікар

**Літус О.І.** – завідувач кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, професор

**Остапенко С.П.** – лікар - дерматовенеролог Військово-медичного клінічного лікувально-реабілітаційного центру Міністерства оборони України, полковник медичної служби запасу

**Боровиков В.М.** – асистент кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

**Рецензенти:**

**Бондаренко Г.М.** – завідувач кафедри дерматовенерології та хірургічної дерматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професор

**Щербакова Ю.В.** – професор кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної і лабораторної імунології Національного університету охорони здоров'я України, д. мед. наук

Для лікарів-дерматовенерологів, лікарів загальної практики-сімейної медицини, курсантів циклів тематичного удосконалення післядипломної освіти, інтернів та студентів вищих навчальних закладів.

# ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ ....4
ВСТУП ....6
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ ....9
СИФІЛІС ....10
ГОНОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ ....18
ТРИХОМОНІАЗ ....21
ХЛАМІДІЙНІ ІНФЕКЦІЇ ....22
БАКТЕРІАЛЬНИЙ ВАГІНОЗ ....24
НЕГОНОКОКОВИЙ УРЕТРИТ ....25
ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА ІПСШ ....27
ПРОФІЛАКТИКА ІПСШ ПРИ ЗГВАЛТУВАННІ ....30
ПІСЛЯМОВА ....35
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ....36
Додаток 1 ....37

# ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

| | |
|---|---|
| CDC | – Centers for Disease Control and Prevention USA (Центри з контролю та профілактики захворювань США) |
| CLIA | – Chemiluminescence Immunoassay |
| ELISA | – Enzyme Linked Immunosorbent Assay |
| FTA | – Flouorescent treponemal antibody |
| IgG | – імуноглобуліни класу G |
| IgM | – імуноглобуліни класу M |
| POC | – Point-of-care tests (аналіз за місцем лікування) |
| RPR | – Rapid Plasma Reagin test (реакція визначення швидких плазмових реагинів) |
| TPHA | – *Tr. pallidum* Haemagglutination assay (реакція гемаглютинації) |
| TpN15, TpN17, TpN45, TpN47 | – імунодомінантні ділянки білків *Tr. pallidum* з молекулярною масою 15 кД, 17кД, 45кД, 47кД |
| VDRL | – Venereal Disease Research Laboratory test |
| WB | – Western Blot (імуноблоттінг/ імуноблот) |
| АГ | – антиген/ антигени |
| АТ | – антитіло/ антитіла |
| ВІЛ | – вірус імунодефіциту людини |
| ДНК | – дезоксірібонуклеїнова кислота |
| ЕТС | – експрес-тест на сифіліс |
| ЗПСШ | – захворювання, що передаються переважно статевим шляхом |
| ІБ | – імуноблоттінг/ імуноблот |
| ІГХ | – імуногістохімічне дослідження |
| ІПСШ | – інфекції, що передаються переважно статевим шляхом |

ІФА – імуноферментний аналіз

ІХГ – імунохроматографічний метод

КСР – комплекс серологічних реакцій

МРП – мікрореакція преципітації

НТТ – нетрепонемні тести

ПІФ – пряма імунофлюоресценція

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

РІФ – реакція імунофлюоресценції

РІФ-абс – реакція імунофлюоресценції з абсорбцією

РІФ-200 – реакція імунофлюоресценції з розведенням сироватки в 200 разів

РІФ-ц – реакція імунофлюоресценції з цільним ліквором

РМП – реакція мікропреципітації

РПГА – реакція пасивної гемаглютинації

РПР – реакція визначення швидких плазмових реагинів

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ТМП – темнопольна мікроскопія

ТТ – трепонемні тести

# ВСТУП

Методичні рекомендації присвячені питанням венерологічної допомоги цивільному населенню та бійцям територіальної оборони України під час війни. В них приділено увагу найбільш важливим і поширеним інфекціям, що передаються переважно статевим шляхом: сифілісу, гонококковій інфекції, трихомоніазу, хламідійній інфекції, бактеріальному вагінозу, а також негонококковим уретритам. Зокрема, розглядаються методи їх діагностики, лікування та індивідуальної профілактики, які варто використовувати у надзвичайних умовах.

Варто зазначити, що надання венерологічної допомоги населенню під час війни надається по можливості у відповідності до стандартів медичної допомоги у мирний час. Її надання залежить від багатьох факторів. Зокрема, треба враховувати загальний стан хворого, супутні захворювання та їх ускладнення, також в якій місцевості (місто, село, польові умови) перебуває хвора людина, наскільки вона мобільна (своє помешкання, підвал, окоп, пересування пішки або транспортом).

Безумовно, застосування тієї чи іншої схеми лікування в умовах війни залежить від доступності тих чи інших ліків у аптечній мережі або наявності у домашній аптечці. Також потрібно мінімізувати використання ін’єкційних форм лікарських препаратів. Стосовно схем лікування ЗПСШ, які пропонуються в методичних рекомендаціях, – це ті, що не потребують стаціонарного лікування і враховують схеми надані в Рекомендаціях CDC 2021 року з лікування ІПСШ. В першу чергу слід використовувати рекомендовані схеми, а альтернативні схеми можуть бути розглянуті у випадках значної лікарської алергії або інших протипоказань. Важливим компонентом лікування ІПСШ є лікування статевих партнерів.

**Венеричні хвороби** – це захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), класичними з яких є *сифіліс, гонорея, м'який шанкр, венерична лімфогранульома, донованоз (пахова гранульома)*.

Понад 20 збудників хвороб, зокрема таких, як *трихомоніаз, хламідіоз, мікоплазмоз, гарднерельоз (бактеріальний вагіноз), урогенітальний кандидоз, урогенітальний шигельоз, генітальний герпес, ВІЛ-інфекція, контагіозний молюск, гострокінцеві кондиломи, короста, лобковий педикульоз (фтиріаз), вірусні гепатити В і С* та інші, передаються статевим шляхом або при статевому контакті. Тому вони були позначені як ЗПСШ, до яких увійшли також венеричні хвороби. У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) ці захворювання називаються інфекції, що передаються переважно статевим шляхом (ІПСШ).

Треба пам’ятати, що часто відзначається одночасне зараження пацієнтів декількома збудниками – ***змішана урогенітальна інфекція***.

При несвоєчасній діагностиці або неадекватній терапії ***інфекції, що передаються переважно статевим шляхом, (ІПСШ)*** можуть набувати хронічного перебігу і стати згодом причиною ураження інших органів і систем, а при ВІЛ-інфекції - привести до смерті. У жінок репродуктивного віку ІПСШ можуть стати причиною різних сексуальних розладів, безпліддя, позаматкової вагітності; привести до викиднів, передчасних пологів, уроджених каліцтв плода, мертвонародження, інфікування плода ВІЛ. У чоловіків ІПСШ також сприяють розвитку безпліддя та сексуальних порушень аж до імпотенції. Перебіг ІПСШ часто безсимптомний, без будь-яких відчуттів з боку хворого (особливо часто таке зустрічається у жінок).

Історія минулих воєн показує, що за час воєнного стану, особливо, якщо такий набуває тривалого, затяжного характеру, спостерігається, майже як правило, зростання захворюваності на венеричні хвороби як в збройних силах, так і серед цивільного населення.

***Основною причиною*** збільшення числа венеричних хворих в армії під час війни зазвичай вважають тривалий відрив від сім'ї та відсутність нормального

статевого життя у чоловіків молодого віку, а внаслідок цього почастішання випадкових статевих зв’язків.

На поширення венеричних хвороб серед цивільного населення великий вплив мають соціально-економічні умови, а також моральні підвалини суспільства.

# ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ

При появі будь-яких симптомів ураження урогенітального тракту або шкіри статевих органів (наприклад, почервоніння або набряк голівки статевого члена, тріщини на крайній плоті, болі або різі в сечівнику, болі в калитці, виділення різного характеру зі статевих шляхів, болючість, свербіж, почервоніння, печіння слизової оболонки піхви, болі внизу живота під час статевого акту, сухість та тріщини біля входу в піхву) необхідно відразу звернутися до лікаря і в жодному разі не займатися самолікуванням, тому що це ускладнить правильну і своєчасну постановку діагнозу та зменшить ефективність терапії.

Важливо зазначити, що насправді, ризик заразитися ІПСШ при оральному або анальному сексі більший, ніж при вагінальному. Нетрадиційні статеві контакти пов'язані з підвищеною ймовірністю травмування слизових оболонок та утворення на них мікротріщин. Це надає збудникам хвороб додаткову можливість проникнення у кров. Крім того, можуть виникнути такі захворювання, як, наприклад, проктит, фарингіт, хламідійний кон'юнктивіт.

Треба враховувати, що збудники ЗПСШ мешкають не тільки в спермі, але і в природному мастилі статевих органів, крові та інших біологічних рідинах. Тому перерваний контакт із зараженим партнером не гарантує безпеки.

Багато ЗПСШ на початкових стадіях взагалі ніяк себе не виявляють. Їхні перші ознаки можуть виникнути через кілька місяців (і навіть років) після інфікування. Крім того, деякі їх симптоми легко сплутати із проявами шкірних хвороб або алергічних реакцій.

# СИФІЛІС

Серед ІПСШ особливу актуальність представляє сифіліс як з точки зору епідеміологічної, так і лікувально-медичної.

Сифіліс (syphilis, lues) – це хронічне, системне, інфекційне захворювання, що викликається блідою трепонемою (Treponema pallidum) та передається переважно статевим шляхом і характеризується стадійним, рецидивуючим, прогредієнтним перебігом.

**Лабораторна діагностика сифілісу**

В залежності від умов і можливостей під час військового стану треба використовувати ти чи інші методи лабораторної діагностики сифілісу.

Для лабораторної діагностики сифілісу застосовуються **прямі** і **непрямі** методи.

***Прямі методи діагностики*** виявляють самого збудника або його генетичний матеріал, а ***непрямі методи*** – антитіла (АТ) до збудника *Tr. pallidum*.

До **прямих методів** лабораторної діагностики сифілісу відносяться:

1. ***Темнопольна мікроскопія (ТМП)*** – візуальне виявлення в темному полі зору мікроскопу *Tr. pallidum* в нативних препаратах (рис. 1), що виготовляються з ексудату ерозивних або виразкових сифілідів, а при вродженому сифілісі ще також з вмісту пухирів та виділень з носу.

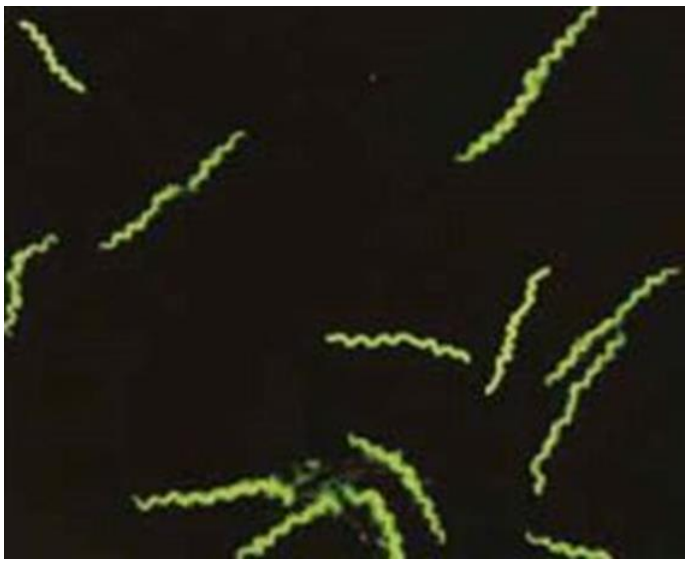


Рис. 1. *Tr. pallidum* в темному полі зору мікроскопу

2. ***Пряма реакція імунофлуоресценції (ПІФ-ТР)*** – візуальне виявлення в люмінесцентному мікроскопі комплексів АГ-АТ при нанесенні флуоресцуючих моноклональних або поліклональних трепонемних АТ до *Tr. pallidum*.

3. ***Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)*** – виявлення (детекція) специфічної ДНК або РНК *Tr. pallidum* молекулярно-біологічним методом.

4. ***Імуногістохімічне дослідження (ІГХ)*** – візуальне виявлення в мікроскопі в органах і тканинах комплексів АГ-АТ при використанні моноклональних або поліклональних трепонемних АТ до *Tr. pallidum*.

Виявлення *Tr. pallidum* в біологічних зразках, отриманих з вогнищ уражень, за допомогою прямих методів діагностики є абсолютним доказом наявності сифілісу.

**Непрямі (серологічні) методи діагностики**, рекомендовані для дослідження сироватки крові та спинномозкової рідини. В свою чергу вони представлені двома групами:

***нетрепонемні (неспецифічні) тести*** – визначають неспецифічні АТ до ліпоїдних АГ тканин людини; реактивність в цих тестах зазвичай вказує на ушкодження тканин і не завжди специфічна по відношенню до сифілісу;

***трепонемні (специфічні) тести*** – використовують специфічні АГ *Tr. pallidum* обов'язкові для встановлення діагнозу сифілісу.

**Нетрепонемні тести (НТТ):**

1. **РМП** – реакція мікропреципітації з плазмою та інактивованою сироваткою.

2. **РПР** – експрес-тест на реагіни плазми, або **RPR** (Rapid Plasma Reagins) – тест швидких плазмових реагінів.

3. **VDRL** (Venereal Disease Research Laboratory test) – мікрофлокуляційний тест Дослідницької лабораторії венеричних захворювань.

Виразність гемолізу (ступінь позитивності) позначається плюсами від слабкопозитивної - 2+; до позитивної - 3+ і - 4+ з наступним визначенням титрів. При кількісній постановці враховуються титри преципітинів: низькі - 1:2, 1:4, 1:8, високі - 1:16, 1:32, 1:64, 1:128.

НТТ (МРП, RPR, VDRL) стають позитивними через 5-6 тижнів після інфікування або через 1-2 тижні після утворення первинної сифіломи. І тому частина пацієнтів з позитивними результатами темнопольної мікроскопії (до 40%) при первинному сифілісі можуть бути ***серонегативними***.

НТТ мають невисоку ***чутливість*** (до 70-90% – при ранніх формах сифілісу і до 30% – при пізніх), можуть давати ***хибнопозитивні результати*** (3% і більше).

Кількісні варіанти НТТ можуть використовуватися ***для визначення ефективності терапії.***

**Трепонемні тести (ТТ):**

**РІФ** – реакція імунофлоуоресценції, або **FTA** (Flouorescent treponemal antibody absorption test) та її різновидності: РІФ-200 (FTA-200), РІФ-абс (FTA-abc), РІФ-ц (з цільним ліквором).

**РПГА** – реакція пасивної гемаглютинації, або **ТРНА** (*Treponema pallidum* hemagglutinaion assay).

**ІФА** – метод імуноферментного аналізу, або **ELISA** (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) та її різновиди для виявлення імуноглобулінів до окремих АГ *Tr. pallidum*: ІФА IgM+IgG сумарні, ІФА IgM, ІФА IgG.

**ІБ** – імуноблот, імуноблотінг, або **WB** (Western Blot *Tr. pallidum* – Immunoblot test for *Tr. pallidum*). Є модифікацією класичного та лінійного ІФА.

В діагностичних тест-системах для постановки ІБ використовують рекомбінантні аналоги найбільш імуногенних ліпопротеїдів *Tr. pallidum* – специфічних мембранних білків: трьох рекомбінантних білків (15 (TpN15), 17 (TpN17) та 47 (TpN47) kDa) і одного синтетичного – 45 kDa (TmpA). Перелік АГ може різнитися у тест-наборах різних виробників.

**ІХЛ** – метод імунохемолюмінісценції, або **CLIA** (Chemiluminescence Immunoassay) виявляє трепонемоспецифічні АТ.

**ІХГ** – імунохроматографічний тест (рис. 2) – це простий ***швидкий тест*** або ***експрес-тест на сифіліс*** **(ЕТС)**, що виконується у ліжка хворого, або **POC** (Point-of-care tests – «аналіз за місцем лікування»). ІХГ дозволяє проводити швидке визначення трепонемоспецифічних АТ до *Tr. pallidum* в зразках

сироватки і цільної крові без використання спеціального лабораторного обладнання.

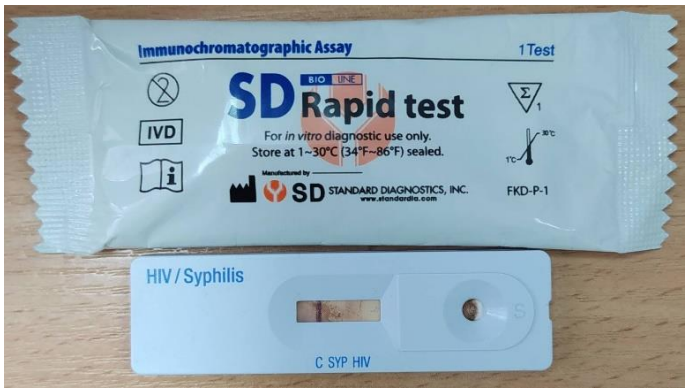



Рис. 2. Імунохроматографічний тест на сифіліс (ЕТС)

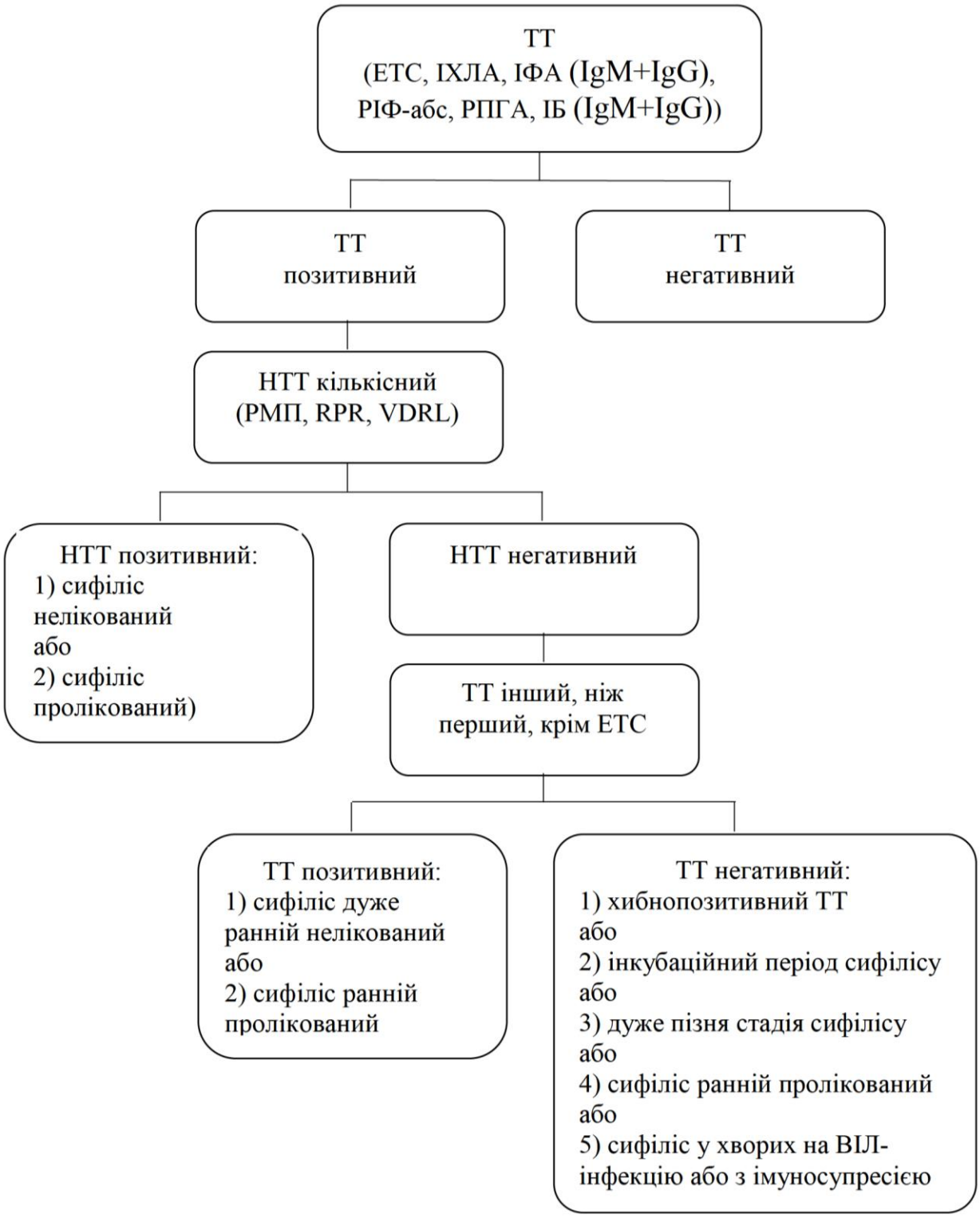
ІХГ не може бути використаний для контроля за ефективністю лікування, може давати хибнопозитивний результат.

ТТ, такі як РІФ, ІФА та ІБ стають позитивними з 3 тижня від моменту зараження, а буває і раніше, РПГА – з 4 тижня. Як правило, РІФ раніше всіх позитивується та пізніше всіх негативується.

РПГА за специфічністю та чутливістю превалює над ІФА та скоріше за ІФА негативується. РПГА та РІФ за специфічністю та чутливістю достатньо рівноцінні. Ступінь позитивності РПГА та РІФ визначається від слабкопозитивної 2+ до позитивної 3+, 4+. При цьому, РПГА можливо титрувати з визначенням титрів 1:2, 1:4, 1:8, 1:16 і так далі.

ТТ не можуть бути використані для контролю ефективності проведеної терапії тому що, антитрепонемні АТ тривалий час циркулюють в організмі хворого, який переніс сифілітичну інфекцію. ТТ дають позитивні результати при невенеричних трепонематозах та спірохетозах, аутоімунних захворюваннях, ендокринній патології, лепрі, онкозахворюваннях.

# АЛГОРИТМ
# ПРОВЕДЕННЯ СЕРОЛОГІЧНОГО СКРИНІНГУ ТА ПІДТВЕРДЖЕННЯ ДІАГНОЗУ «СИФІЛІС»



**Лікування сифілісу**

Специфічне лікування хворому на сифіліс призначають після постановки діагнозу, який повинен бути обґрунтованим клінічно і підтвердженим лабораторно.

***Лікування за епідеміологічними показаннями***

***(превентивне лікування)***

Комбінований лікарський засіб **бензатин пеніцилін + прокаїну бензилпеніцилін** – 1,5 млн. ОД внутрішньом'язово, 2 рази на тиждень, на курс 2 ін'єкції.

*Алергія на пеніцилін, прокаїн або неможливість парентерального лікування*

**Доксициклін** – 100 мг перорально 2 рази на добу, 14 діб.

***Первинний, вторинний і ранній латентний:***

***дорослі (включаючи вагітних жінок та людей з ВІЛ-інфекцією)***

*Рекомендований режим*

**Бензатин пеніцилін G** – 2,4 млн ОД внутрішньом'язово в разовій дозі

*Альтернативний режим*

Якщо **бензатин пеніцилін G** недоступний – комбінований лікарський засіб **бензатин пеніцилін + прокаїну бензилпеніцилін** – 1,5 млн. ОД внутрішньом'язово, 2 рази на тиждень, на курс 5 ін'єкцій.

*При непереносимості прокаїну:*

**Цефтріаксон** – 1 г внутрішньовенно, щоденно, 10 діб (якщо немає анафілаксії на пеніцилін).

**Доксициклін** – 200 мг на день або 100 мг 2 рази на добу, перорально, 14 діб.

***Сифіліс із невстановленим строком інфікування,***

***пізній сифіліс (латентний, кардіоваскулярний і гумозний сифіліс):***

дорослі (включаючи вагітних жінок та людей з ВІЛ-інфекцією)

*Рекомендований режим*

**Бензатин пеніцилін G** – загальна кількість 7,2 мільйона одиниць, що вводяться у вигляді 3 доз по 2,4 мільйона одиниць внутрішньом'язово з інтервалом в 1 тиждень

*Альтернативний режим*

*Алергія на пеніцилін або неможливість парентерального лікування*

**Доксициклін** (не для вагітних!) – 200 мг на день або 100 мг 2 рази на добу, перорально, 21-28 діб.

*Альтернативний режим для вагітних*

*В першому і другому триместрах (до 27 тижня)*

Комбінований лікарський засіб **бензатин пеніцилін + прокаїну бензилпеніцилін** – 1,5 млн. ОД внутрішньом'язово, 2 рази на тиждень, на курс 5 ін'єкцій, якщо **бензатин пеніцилін G** недоступний.

*Альтернативні методи лікування (усі три триместри)*

**Цефтріаксон** – 500 мг внутрішньом'язово, щоденно, 10-14 діб.

**Еритроміцин** – 500 мг, перорально, чотири рази на добу, протягом 14-30 діб.

***Нейросифіліс, очний сифіліс та отосифіліс***

*Рекомендований режим*

**Водний кристалічний пеніцилін G** – 18-24 мільйони одиниць на добу, введений по 3-4 мільйони одиниць внутрішньовенно кожні 4 години або безперервна інфузія протягом 10-14 днів

*Альтернативний режим*

**Прокаїн пеніцилін G** – 2,4 млн. ОД внутрішньом'язово 1 раз/добу

ПЛЮС **пробенецид** – 500 мг перорально 4 рази/добу, обидва протягом 10-14 днів

*Варіанти терапії другої лінії*

*(алергія на пеніцилін, прокаїн або якщо госпіталізація та введення бензилпеніциліну неможлива)*

**Цефтріаксон** – 1-2 г внутрішньом'язово або внутрішньовенно, 1 раз на добу, 10-14-21 доба (якщо немає анафілаксії на пеніцилін).

***Для дітей або вродженого сифілісу***

*Рекомендований режим*

**Бензилпеніцилін** – 150 000 ОД/кг/добу внутрішньовенно, щоденно (вводиться в шість доз кожні 4 години), 10-14 діб.

Критеріями вилікування сифілісу є: повноцінне лікування; відсутність клінічних та серологічних ознак сифілісу протягом встановлених строків; відсутність проявів сифілісу при детальному заключному обстеженні перед зняттям з обліку.

В залежності від можливостей для лабораторної діагностики інших ЗПСШ використовується мікроскопія, бакпосіви, ІФА, ПЛР.

# ГОНОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ

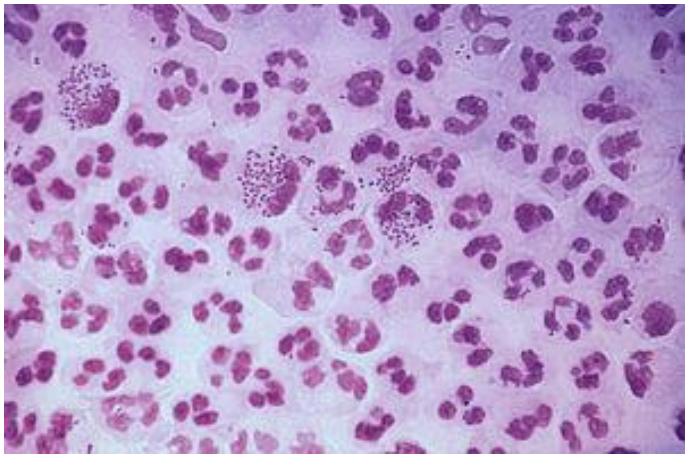


Рис. 3. Невеликі грам-негативні *Neisseria gonorrhoeae* більшістю всередині нейтрофілів у мазку з уретри при гострому гонококовому уретриті (фарбування за Грамом).

**Неускладнені інфекції шийки матки, уретри та прямої кишки:**

дорослі та підлітки <150 кг

*Рекомендований режим*

**цефтриаксон** – 500 мг внутрішньом'язово одноразово

*Альтернативний режим*

*При алергії на цефалоспорини:*

**гентаміцин** – 240 мг внутрішньовенно одноразово ПЛЮС **азитроміцин** – 2 г перорально одноразово

АБО **ципрофлоксацин** – 500 мг перорально одноразово.

*Якщо введення цефтриаксону недоступне або неможливе:*

**цефіксим** – 800 мг перорально одноразово

**Неускладнена інфекція глотки:**

дорослі та підлітки <150 кг

*Рекомендований режим*

**цефтриаксон** – 500 мг внутрішньом'язово в разовій дозі

**Вагітність**

*Рекомендований режим*

**цефтриаксон** – 500 мг внутрішньом’язово в разовій дозі

**Кон'юнктивіт**

*Рекомендований режим*

**цефтриаксон** – 1 г внутрішньом’язово в разовій дозі

**Дисеміновані гонококові інфекції**

*Рекомендований режим*

**цефтриаксон** – 1 г внутрішньовенно або внутрішньовенно кожні 24 год

*Альтернативний режим*

**цефотаксим** – 1 г внутрішньовенно кожні 8 годин

АБО **цефтизоксим** 1 г кожні 8 годин

**Неускладнений гонококовий вульвовагініт,**

**цервіцит, уретрит, фарингіт або проктит:** немовлята та діти <45 кг

*Рекомендований режим*

**цефтриаксон** – 25-50 мг/кг маси тіла внутрішньовенно або внутрішньовенно в разовій дозі, не більше 250 мг в/м

**Неускладнений гонококовий вульвовагініт,**

**цервіцит, уретрит, фарингіт або проктит:** діти >45 кг

*Рекомендований режим*

Лікування за схемою, рекомендованою для дорослих (див. вище)

**Очна профілактика у новонароджених**

*Рекомендований режим*

**еритроміцин (0,5%) офтальмологічна мазь** в кожне око за одноразове застосування при народженні

**Офтальмія у новонароджених і немовлят**

*Рекомендований режим*

**цефтриаксон** – 25-50 мг/кг маси тіла внутрішньовенно або внутрішньовенно в разовій дозі, не більше 250 мг

*Альтернативний режим*

Для новонароджених, які не можуть отримувати цефтриаксон через одночасне внутрішньовенне введення кальцію: **цефотаксим** – 100 мг/кг маси тіла внутрішньовенно або внутрішньовенно у вигляді одноразової дози.

# ТРИХОМОНІАЗ

Рис. 4. *Trichomonas vaginalis* (фарбування за Гімзою)

**Жінки**

*Рекомендований режим*

**метронідазол** – 500 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів

*Альтернативний режим*

**тинідазол** – 2 г перорально одноразово

**Чоловіки**

*Рекомендований режим*

**метронідазол** – 2 г перорально одноразово

*Альтернативний режим*

**тинідазол** – 2 г перорально одноразово

# ХЛАМІДІЙНІ ІНФЕКЦІЇ

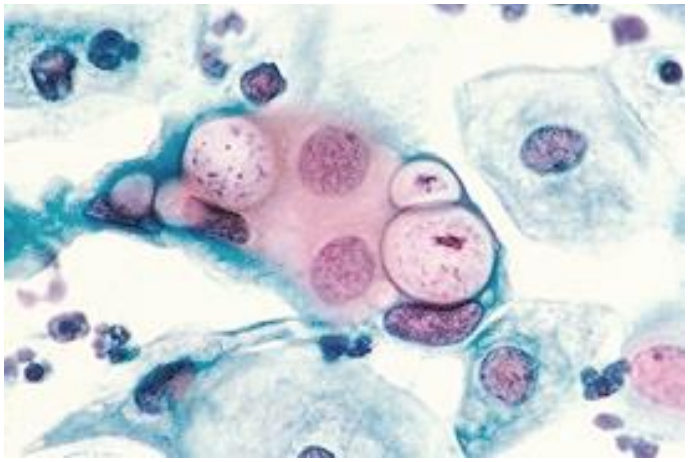


Рис. 5. *Chlamydia trachomatis* (фарбування за Гімзою)

**Дорослі та підлітки**

*Рекомендований режим*

**доксициклін** – 100 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів

*Альтернативний режим*

**азитроміцин** – 1 г перорально одноразово

АБО **левофлоксацин** – 500 мг перорально 1 раз на добу протягом 7 днів

**Вагітність**

*Рекомендований режим*

**азитроміцин** – 1 г перорально одноразово

*Альтернативний режим*

**амоксицилін** – 500 мг перорально 3 рази на добу протягом 7 днів

**Немовлята та діти <45 кг**

(носоглотка, сечостатевий та ректальний)

*Рекомендований режим*

**еритроміцин основний** – 50 мг/кг маси тіла/добу перорально, розділена на 4 прийоми щодня протягом 14 днів

АБО **еритроміцин етилсукцинат** – 50 мг/кг маси тіла/добу перорально, розділений на 4 прийоми щодня протягом 14 днів

**Діти з масою тіла >45 кг, але віком <8 років**

(носоглотка, сечостатевий та ректальний)

*Рекомендований режим*

**азитроміцин** – 1 г перорально за один прийом

**Діти віком >8 років**

(носоглотка, сечостатевий та ректальний)

*Рекомендований режим*

**азитроміцин** – 1 г перорально в разовій дозі

АБО **доксициклін** –100 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів

**Новонароджені:**

офтальмія та пневмонія

*Рекомендований режим*

**еритроміцин основний** – 50 мг/кг маси тіла/добу перорально, розділена на 4 прийоми щодня протягом 14 днів

АБО **еритроміцин етилсукцинат** – 50 мг/кг маси тіла/добу перорально, розділений на 4 прийоми щодня протягом 14 днів

*Альтернативний режим*

**азитроміцин суспензія** – 20 мг/кг маси тіла/добу перорально 1 раз/добу протягом 3 днів

# БАКТЕРІАЛЬНИЙ ВАГІНОЗ

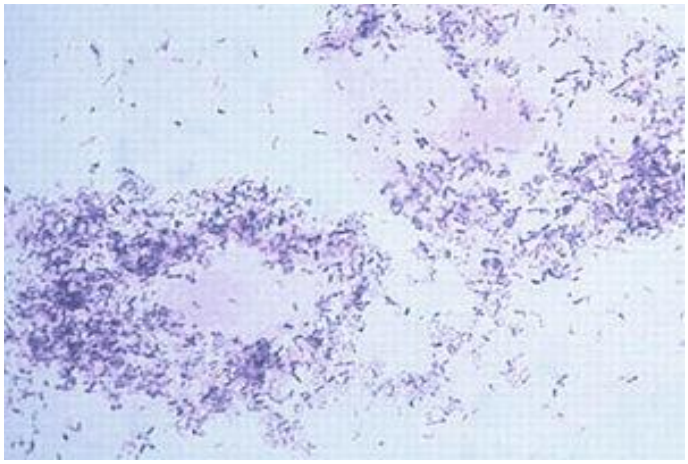


Рис. 6. *Gardnerella vaginalis* (фарбування за Гімзою)

*Рекомендований режим*

**метронідазол** – 500 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів

АБО **гель метронідазолу 0,75%** – один аплікатор 5 г інтравагінально, 1 раз на добу протягом 5 днів

АБО **крем кліндаміцину 2%** – один аплікатор 5 г інтравагінально, перед сном протягом 7 днів

*Альтернативний режим*

**кліндаміцин** – 300 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів

АБО **кліндаміцин ovules** – 100 мг інтравагінально перед сном протягом 3 днів

АБО **секнідазол** – 2 г перорально в разовій дозі

АБО **тинідазол** – 2 г перорально 1 раз на день протягом 2 днів

АБО **тинідазол** – 1 г перорально 1 раз на день протягом 5 днів

# НЕГОНОКОКОВИЙ УРЕТРИТ

*Рекомендований режим*

**доксициклін** – 100 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів

*Альтернативний режим*

**азитроміцин** – 1 г перорально одноразово

АБО **азитроміцин** – 500 мг перорально одноразово, потім 250 мг 1 раз на добу протягом 4 днів

**Рецидивуючий негонококковий уретрит,**

**можливо обумовлений *Mycoplasma genitalium***

*Рекомендований режим*

**доксициклін** – 100 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів,

ДАЛІ **моксифлоксацин** – 400 мг 1 раз на добу протягом 7 днів

*Альтернативний режим*

**доксициклін** – 100 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів,

ПОТІМ **азитроміцин** – 1 г перорально в перший день,

ПОТІМ **азитроміцин** – 500 мг перорально 1 раз на день протягом 3 днів і тест на одужання через 21 день після завершення терапії

**Рецидивуючий негонококковий уретрит**

**з позитивним тестом на *Trichomonas vaginalis***

у гетеросексуальних чоловіків у районах, де поширена інфекція

*Рекомендований режим*

**метронідазол** – 2 г перорально в разовій дозі

АБО **тинідазол** – 2 г перорально в разовій дозі

Під час війни, коли неможливо провести повноцінну лабораторну діагностику, можна використовувати синдромний підхід для лікування ЗПСШ, коли одночасно призначаються лікарські препарати, що впливають на різні мікрорганізми, які спричиняють ЗПСШ. **З початку треба провести лікування трихомоніазу.**

Вищенаведені схеми використовують і в якості ***профілактичного*** лікування ІПСШ.

Випадки, коли людей, що заразилися ІПСШ, протягом якогось часу лікують від захворювань іншого походження, дуже поширені. Єдиний спосіб убезпечити себе від негативних наслідків – терміново звернутися до дерматовенеролога, здати рекомендовані їм аналізи та ретельно виконувати його призначення.

Треба зауважити, що всі ЗПСШ успішно виліковуються при своєчасному зверненні до лікаря.

# ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА ІПСШ

Основну увагу, безумовно, треба приділяти профілактиці ЗПСШ. Важливе значення в попередженні венеричних захворювань мають активне виявлення і повноцінне лікування як самих хворих, так і їх джерел зараження і статевих партнерів, особливо, серед груп підвищеного ризику – повії, гомосексуалісти, наркомани та інші категорії, схильні до безладних статевих зв'язків, частої, безконтрольної зміни партнерів; проведення санітарно-освітньої роботи.

У загальній системі профілактичних заходів з боротьби з венеричними захворюваннями важливе значення має чітко організована і правильно проведена індивідуальна профілактика. В умовах війни необхідно по можливості інформувати населення про її методи. У спеціалізованих дерматовенерологічних закладах, а також інших функціонуючих лікувально-профілактичних закладах при несприятливій епідеміологічній ситуації слід створювати цілодобові пункти венпрофілактики.

Слід мати на увазі, що якщо випадковий статевий зв'язок або зґвалтування сталися, то небезпека зараження венеричною хворобою буде значно меншою, якщо не пізніше 1-2 години (краще – відразу) після статевого акту або зґвалтування буде проведена ***індивідуальна (особиста) профілактика зараження ІПСШ***.

Спочатку проводиться обробка зовнішніх статевих органів. Для цього можна використовувати ***антисептичні та дезінфікуючі засоби*** для зовнішнього застосування – водні розчини ***хлоргексидину біглюконату 0,05%*** або ***міраміcтину 0,005-0,01%***. Це дозволяє швидше знищити патогенні бактерії.

Перед застосуванням препарату слід помочитися, вимити руки, зовнішні статеві органи та прилеглі ділянки тіла теплою водою з милом. Після цього слід зняти кришку, натиснути на стінки флакона і струменем розчину обробити шкіру лобка, внутрішніх поверхонь стегон, статевих органів, перианальної області. У зовнішній отвір сечовивідного каналу слід ввести носик насадки, щільно притиснути його до стінки сечовивідного каналу і швидко видавити *2-3 мл*

*розчину (для чоловіків), або 1-2 мл розчину (для жінок)*. Потім, не розтуляючи пальців, витягнути насадку із сечовивідного каналу, а розчин *затримати протягом 2-3-х хвилин*. Після процедури рекомендується *не мочитися протягом 2-3 годин*и.

Далі за допомогою спринцівки проводять вприскування (спринцювання) розчину, що залишився, у піхву.

Також можна використовувати водні розчини *калію перманганату 0,05-0,1%, фурациліну 1:5000 (0,02%), нітрату срібла 0,25-2%* («свіжий» - одноденний), *цинку сульфату 0,1-0,5%*. Введення (інстиляції) цих розчинів у передню уретру здійснюється за допомогою очної піпетки. Якщо є можливість, краще це робити використовуючи кружку Есмарха. При необхідності обробки прямої кишки можна зробити мікроклізми вищезазначеними розчинами. Також ними можна обробити порожнину рота.

Але варто зазначити, що спринцювання просто теплою водою або слабким розчином марганцівки з високим ступенем ймовірності може не зменшити можливість зараження, а допомогти патогенним мікроорганізмам проникнути глибше в статеві шляхи.

Також треба враховувати, якщо чоловік відразу після статевого контакту випускає сечу, то це не забезпечує стовідсоткове незараження ІПСШ.

**Найкращий метод профілактики ІПСШ – це презерватив.** У поєднанні зі спеціальними бар'єрними мастилами латексний презерватив на відміну від гумового дає практично 100% захист від ІПСШ, чого не можна сказати про інші механічні засоби контрацепції – піхвові діафрагми, спіралі і цервікальні ковпачки в цьому сенсі абсолютно марні.

Також варто зазначити, якщо неможливо виключити зґвалтування, то в якості профілактики ІПСШ можна звернути увагу ґвалтівника на надуману наявність цих захворювань у жертви та запропонувати ґвалтівнику презерватив.

**Розміри презервативів**

| Розмір | Довжина, мм | Ширина, мм | Коло, мм |
|---|---|---|---|
| S (small) | 160-175 | 44-49 / 49-52 | 88-89 / 98-104 |
| M (medium) | 176-190 | 52-56 | 104-112 |
| L (large) | 180-200 | 54-58 | 108-116 |
| XL (extra large) | 190-223 | 58-63 / 63-65 | 116-126 / 126-130 |
| XXL (extra extra large) | 190-223 | 65-69 | 130-138 |

Разом з тим, при відсутності презерватива для ***профілактики запліднення*** можна якомога швидше скористатися підручними засобами – спринцювання у піхву соку лимону, слабкоконцентрованих водних розчинів оцту, лимонної кислоти або перманганату калію, а також введення сперміцидів (креми, свічки, губки, аерозолі тощо).

# ПРОФІЛАКТИКА ІПСШ ПРИ ЗГВАЛТУВАННІ

26 квітня 2022 року уповноважена Верховної Ради з прав людини Людмила Денісова озвучила випадки жахливих воєнних злочинів російських військових в Україні (https://suspilne.media/232328-mi-vze-sukaemo-ponad-16-tisac-ludej-denisova-pro-voenni-zlocini-zniklih-bezvisti-ta-vivezenih-u-rf/). Російські військові ґвалтували і ґвалтують українських дітей та дорослих. З 1 по 14 квітня 2022 року на безкоштовну цілодобову гарячу лінію психологічної підтримки для жертв сексуального насильства надійшло вже більш як 400 дзвінків.

Серед тих, хто звернувся, досі немає жодної людини, яка захотіла надати свідчення слідчим органам. Багато жертв сексуального насильства не пам’ятають всього, що з ними відбувалося.

https://kyiv.comments.ua/news/society/developments/9528-v-buche-rossiyskie-okkupanty-iznasilovali-14-letnyuyu-devushku-podrobnosti.html

**Зґвалтування** (лат. - *stuprum violenturn*, англ. – *violation; rape*) – вчинення дій сексуального характеру, пов’язаних із вагінальним, анальним або оральним проникненням в тіло іншої особи з використанням геніталій або будь-якого іншого предмета, без добровільної згоди потерпілої особи (***стаття 152 Кримінального Кодексу України***).

Віком сексуальної згоди, згідно зі статтею 156 Кримінального Кодексу України, є 16 років – тобто, згода що була дана особою, яка не досягла шістнадцятирічного

віку вважається недійсною. Недійсною вважається згода на секс, яка дана людьми з інвалідністю, психічним розладом, під наркотичним впливом (включаючи алкоголь) або особою з низьким розумовим віком. Люди в стані непритомності, порушеної свідомості чи сну не здатні дати згоду на секс.

Найчастіше зґвалтування відбувається із застосуванням фізичного насильства (утримання силою, зв'язування, завдавання ударів, побоїв і подібними діями, які могли змусити потерпілу особу припинити опір, зламати її) чи його погрозою, психологічним тиском.

У всіх сучасних законодавствах зґвалтування визнається одним з найтяжчих видів кримінальних злочинів. Відповідно до статті 152 Кримінального Кодексу України покарання за цей злочин становить від трьох років до довічного позбавлення волі.

Зґвалтування може трапитися з дітьми, жінками і чоловіками будь-якого віку. Жертвами зґвалтування, як правило, стають жінки. Найчастіше цей злочин вчиняється проти дівчат 15-35 років.

Під час війни можливі ***масові воєнні та геноцидні зґвалтування*** – історично повсякчасне масове сексуальне насильство військовослужбовців над жінками країни-супротивниці на ворожій території на знак перемоги чи як засіб винищення (заміни) ворожого генофонду, а також як засіб терору, залякування, зламування духу чи помсти.

Україна підписала (але не ратифікувала) сучасний інструмент боротьби з насильством проти жінок – Конвенцію Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами, або ***Стамбульську конвенцію*** (англ. *Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence; Istanbul Convention*), яка набрала чинності 1 серпня 2014 року.

***Наслідками зґвалтування*** можуть бути смерть або самогубство жертви, психічні розлади і захворювання, тілесні ушкодження, переривання вагітності, втрата здатності до дітонародження, небажана вагітність, ***зараження ІПСШ***.

В залежності від фізичного та внутрішнього стану зґвалтованої людини, зовнішніх обставин і умов зґвалтування жертва може вибирати ***різну поведінку***. Деяким людям треба спочатку негайно звернутися до правоохоронних органів з повідомленням про злочин і боротися за те, щоб насильника притягли до відповідальності. Іншим треба відразу звернутися за медичною або психологічною допомогою.

Зґвалтування – це найтяжчий та найчастіший злочин під час війни, що призводить до зараження ІПСШ.

Ступінь ризику розвитку ІПСШ внаслідок зґвалтування невідома через безліч супутніх факторів. Поширеність ІПСШ у зґвалтованих жінок коливається від 3,5% до 56%. Оскільки більшість їх належать до вікової групі 15-35 років, тобто перебувають у тому віці, як і контингент, найбільше схильний до зараження ІПСШ, важливо диференціювати інфекції, що існували до акту насильства, від тих, що з'явилися його наслідком.

Необхідно документувати тип насильства, факт еякуляції та наявність сексуальних контактів як до, так і після інциденту. Всім, хто став жертвою насильства, слід запропонувати всебічне обстеження на ІПСШ відразу після інциденту. Час подальшого обстеження та спостереження повинен бути вибраний виходячи з тривалості інкубаційного періоду тої чи іншої ІПСШ. Деякі автори вважають, що якщо ІПСШ ***виявляють до закінчення 72 год (3 діб) після акту насильства***, то йдеться про раніше існуючу інфекцію і це треба мати на увазі.

**Незалежно від ступеня розладу** здоров’я потрібно якомога швидше після вчинення злочину ***викликати швидку допомогу*** або ***звернутися за медичною допомогою*** до лікаря, не переодягаючись і не приймаючи душ. Огляд відразу ж – кращий спосіб забезпечити належне медичне лікування.

Негайне звернення до лікаря також допомагає, коли жертва вирішує повідомити про злочин, надаючи докази, необхідні для судового переслідування насильника в разі порушення кримінальної справи. Але людина може звернутися до лікаря

не відразу, а в будь-який час після зґвалтування. У деяких випадках лікарі можуть зібрати докази навіть через кілька днів після зґвалтування.

Варто зазначити, якщо людину зґвалтували і вона зразу не хоче повідомляти про це, то згодом (це часто трапляється) вона можете змінити думку, а результати медичного обстеження допоможуть їй у цьому випадку, а також допоможе слідству в разі порушення кримінальної справи.

***Медичний догляд*** після зґвалтування охоплює:

– огляд на наявність зовнішніх і внутрішніх травм, які могли бути спричинені зґвалтуванням,

– обстеження на ІПСШ, включно з ВІЛ/СНІД;

– заходи стосовно перевірки, запобіганню чи контролю за вагітністю;

– токсикологічний тест з метою перевірки можливості насильного вживання наркотичних речовин;

– пошук й відбір з одягу чи тіла жертви необхідних зразків біологічних матеріалів (волосся, шкіра, нігті або рідини організму) ґвалтівника.

У будь-який момент під час медичного обстеження людина може сказати, що не хоче, щоб певний тест виконувався або збиралися докази. Всі процедури робляться за згодою зґвалтованої людини. Вона може контролювати, які процедури хоче зробити, а які – ні.

За наявності ризику вагітності, коли пацієнтка звертається до медичного закладу протягом 72 годин після зґвалтування, рекомендується ***посткоїтальна контрацепція***. Внутрішньоматкові засоби контрацепції слід уникати, щоб запобігти поширенню вгору можливої інфекції статевих шляхів.

Після обстеження (по можливості якомога повноцінного) зґвалтованої людини можна провести ***профілактичне лікування найбільш поширених та тяжких ІПСШ***.

Важливо організувати подальше спостереження за постраждалою задля забезпечення подальших обстежень, консультацій у разі вагітності, перевірки на ІПСШ, і навіть психологічної підтримки.

Випадки, коли людей, що заразилися ІПСШ, протягом якогось часу лікують від захворювань іншого походження, дуже поширені. Єдиний спосіб убезпечити себе від негативних наслідків зґвалтування – терміново звернутися до дерматовенеролога, здати рекомендовані ним аналізи та ретельно виконувати його призначення.

Жертви сексуального насилля іноді уникають звертатися по допомогу, тому що бояться, що розмови про це повернуть хворобливі спогади чи почуття. Але мовчання може завдати більше шкоди, ніж користі.

**Якщо Ви стали жертвою сексуального насилля – не мовчіть!**

**Ніхто не має права займатися сексом з Вами проти Вашої волі!**

**Ваше життя і здоров'я – Ваша найбільша цінність!**

# ПІСЛЯМОВА

Почуття однієї людини до іншої нікуди не подінеш в будь-яких умовах життя. Кохання – найкраще з них як в мирний час, так і під час війни, навіть на передовій.

Невід'ємною частиною цих відносин є статеве життя. Хай воно відбувається безпечно, запорукою чого в багатьох випадках є весілля. Навіть в умовах війни.

**Нехай кохання переможе війну і врятує мир!**

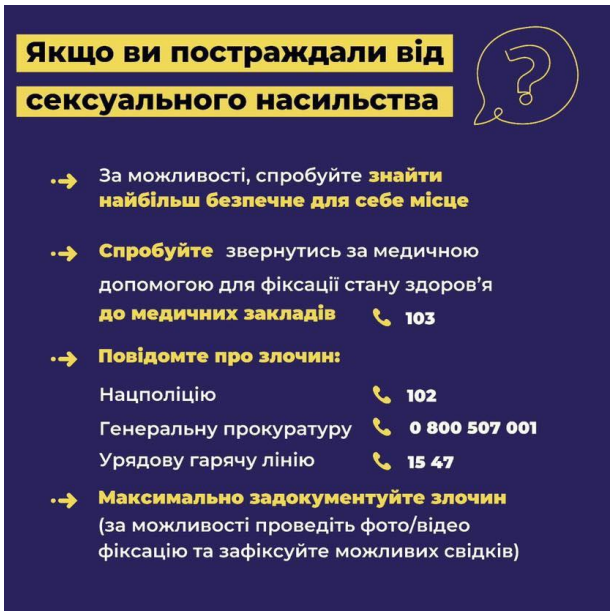
https://www.ukrinform.ua/rubric-ato/3431376-kohanna-i-kanonadi-ak-ukrainci-daut-slubni-obitnici-pid-cas-vijni.html

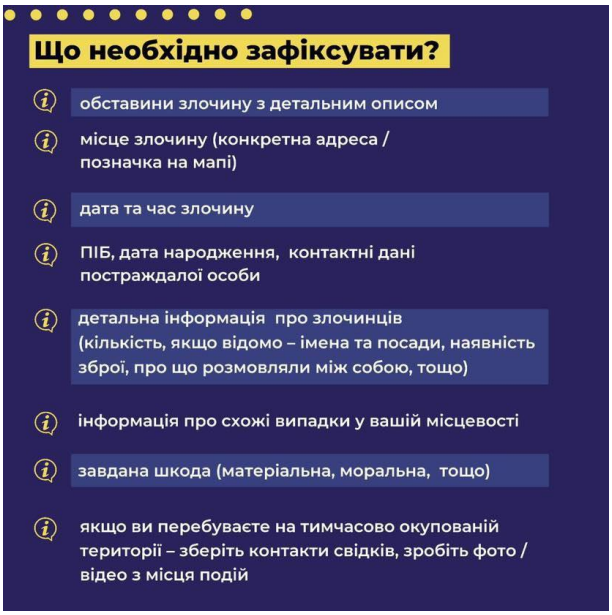
# ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

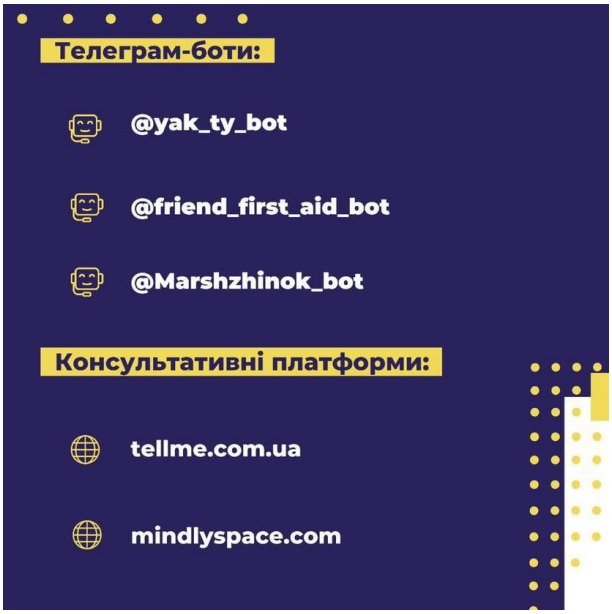

1. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021
2. Дерматологія. Венерологія. / за ред. Т.В. Святенко, І.В. Свистунов - Вінниця : Нова Книга, 2021. - 656 с.
3. Кримінальний Кодекс України
4. Медсестринство в дерматології і венерології: навчально-методичний посібник / В.І. Степаненко та ін. Київ : Медицина, 2018. - 416 с.
5. Наказ МОЗ України №312 від 08-05-2009 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання»
6. Практикум з дерматології і венерології: навчальний посібник / В.І. Степаненко та ін. Київ : Медицина, 2021. - 360 с.

## Додаток 1

## Пам’ятка для осіб, які постраждали від сексуального насильства






Telegram-канал «Vgorode.ua – Київ»

## Психологічна підтримка для постраждалих від сексуального насильства

| | |
|---|---|
| Урядова гаряча лінія | 15 47 |
| Національна гаряча лінія з попередження домашнього насильства, торгівлі людьми та ґендерної дискримінації | 116 123 / 0 800 500 335 |
| Цілодобові безкоштовні телефони довіри | 15 00 / 044 272 15 00<br>0 800 501 212<br>044 456 17 02 |
| Гаряча лінія НУО "Людина в біді" | 0 800 210 160 |
| Гаряча лінія "Між нами" | 0 800 307 305 |

## Зверніть увагу!

Якщо ви перебуваєте на тимчасово окупованій території і не маєте змоги звернутися до уповноважених органів влади – **повідомте про злочин Офіс Генерального прокурора на:**

телефонну лінію: **096 755 02 40**

електронну пошту: **conflict2022.ua@gmail.com**

## Де отримати психологічну та юридичну підтримку?

| | |
|---|---|
| Контактний центр системи надання безоплатної правової допомоги | 0 800 213 103 |
| Урядова гаряча лінія | 15 47 |
| Національна гаряча лінія з попередження домашнього насильства, торгівлі людьми та ґендерної дискримінації | 116 123 / 0 800 500 335 |