

Американське керівництво з лікування захворювань, що передаються статевим шляхом (2006)

Це керівництво з лікування осіб, які мають хвороби, що передаються статевим шляхом, було розроблено Центром із контролю та профілактики захворювань США після консультації з групою професіоналів, відомих у цій сфері, що відбулася в Атланті (штат Джорджія) 19–21 квітня. Інформація, що пропонується до уваги, ґрунтується на перегляді Керівництва з лікування захворювань, що передаються статевим шляхом, 2002 року. Зміни включають розширення діагностичних втручань за цервіциту та трихомоніазу; нові рекомендації з антимікробної терапії за трихомоніазу; додаткові дані про клінічну ефективність азитроміцину за хламідійних інфекцій у вагітних; обговорення ролі *Mycoplasma genitalium* і трихомонад за уретриту/цервіциту; появи проктоколіту від венеричної лімфогранульоми у чоловіків, які мають статеві зносини з чоловіками (ЧСЗЧ); розширена дискусія про критерії для дослідження спинномозкової рідини з метою виявлення нейросифілісу; про появу азитроміцин-резистентної блідої спірохети; про зростання кількості випадків хінолон-резистентної *Neisseria gonorrhoeae* у ЧСЗЧ; перегляд даних про статеве передавання гепатиту С; превентивне лікування після зґвалтування; розширену дискусію про підходи до профілактики хвороб, які передаються статевим шляхом.

Лікарям та іншим працівникам сфери охорони здоров'я належить чільна роль у попередженні та лікуванні захворювань, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ). Дане керівництво з лікування ЗПСШ має на меті допомогти цьому. У ньому зроблено акцент на лікуванні, втім обговорюються також і профілактичні заходи та діагностичні рекомендації.

Захворювання, що характеризуються уретритом і цервіцитом

Ведення пацієнтів чоловічої статі, які хворіють на уретрит

Уретрит, запалення сечовипускного каналу, може виникати внаслідок впливу інфекційних і неінфекційних чинників. Симптоми, якщо вони є, включають слизисто-гнійні або гнійні виділення, дизуричні явища або свербіж уретри. Нерідко інфекції перебігають безсимптомно. *N. gonorrhoeae* та *C. trachomatis* – найбільш клінічно важливі інфекції, що викликають уретрит. Якщо недоступні клінічні діагностичні методики (мікроскопія після забарвлення за Грамом), пацієнти мають отримувати лікування і від гонореї, і від хламідіозу. У подальшому рекомендовано обстеження для визначення специфічної етіології захворювання, оскільки і про хламідію, і про гонорейну інфекцію слід повідомляти у відповідний підрозділ управління охорони здоров'я, і встановлення специфічного діагнозу сприятиме поінформуванню партнера та покращить комплаєнтність лікування. Культуральні, за нуклеїновими кислотами та гібридаційні тести дозволяють виявити і *N. Gonorrhoeae*, і *C. trachomatis*. Для культуральних і гібридаційних досліджень необхідні мазки з уретри, а ампліфікаційне дослідження нуклеїнових кислот може бути проведене на зразках сечі. Останній із названих тестів як дуже чувливий надто рекомендований для виявлення *C. trachomatis*.

Етіологія

Інфекційний уретрит може бути викликаний кількома мікроорганізмами. Наявність грам-негативних внутрішньоклітинних диплококів (ГНВД) у мазку з уретри є доказом гонорейної інфекції, яка часто поєднується з хламідійною інфекцією. Не гонококовий уретрит (НГУ) діагностують, якщо мікроскопія виявляє запалення без ГНВД. Причиною його часто є *C. trachomatis* (15–55% випадків); проте цей показник змінюється у різних вікових групах і найнижчим є серед літніх чоловіків. Частка хламідійних НГУ поступово зменшується. Ускладнення НГУ серед інфікованих *C. Trachomatis* чоловіків включає епідидиміт, простатит і синдром Рейтера. Підтвердження хламідійної інфекції вкрай важливе, оскільки також і партнеру необхідно звернутися для обстеження та лікування.

Етіологія більшості випадків нехламідійних НГУ невідома. *Ureaplasma urealyticum* і *Mycoplasma genitalium* у деяких дослідженнях були визначені як етіологічні чинники НГУ; проте дуже часто виявлення цих мікроорганізмів є складним. *T. vaginalis*, вірус простого герпесу (ВПГ) і аденовірус можуть також викликати НГУ. Діагностичні та лікувальні заходи за цих інфекцій залежать від ситуацій, внаслідок яких інфекції були запідозрені (наприклад, контакт із хворим на трихомоніаз або ураження слизових статевих органів, або тяжка дизурія та запалення каналу, що дозволяють запідозрити генітальний герпес), або якщо лікування НГУ неефективне. Бактерії кишкової групи також можуть бути нетиповим збудником НГУ і можуть бути пов'язаними з анальними статевими зносинами.

Підтверджений уретрит

Клініцист повинен підтвердити наявність уретриту. Про це свідчать такі симптоми або лабораторні тести:

- Слизисто-гнійні або гнійні виділення.
- Наявність у забарвлених за Грамом виділеннях з уретри ≥ 5 лейкоцитів у полі зору імерсійного мікроскопа. Забарвлення за Грамом – оптимальний швидкий

діагностичний тест для виявлення уре-
триту. Він високо чутливий і специфічний
для підтвердження як уре-триту, так і
наявності або відсутності гонококової
інфекції. Гонококова інфекція діагнос-
тується за виявлення лейкоцитів, що
містять ГНВД.

- Позитивний тест на лейкоцит-
естеразу у першій порції сечі або вияв-
лення під час мікроскопії осаду з першої
порції сечі ≥ 10 лейкоцитів у полі зору.

Якщо немає жодного з цих критеріїв,
лікування слід віддалити і провести
обстеження на *N. gonorrhoeae* та
C. Trachomatis і продовжувати спосте-
реження, якщо результати тестів
негативні. Якщо ж виявлено інфіко-
ваність або *N. Gonorrhoeae*, або *C. tracho-
matis*, пацієнту слід призначити лікуван-
ня, а його статевих партнерів обстежу-
вати і за необхідності лікувати.

Емпіричне лікування симптомів без
уточнення етіології уре-триту рекомен-
довано лише пацієнтам із високим ризи-
ком інфікованості, які найімовірніше не
прийдуть на повторний прийом. Таким
пацієнтам слід призначити лікування і
гонорейної, і хламідійної інфекцій.
Партнери пацієнтів також мають бути
обстежені та отримати лікування.

Ведення пацієнтів із негонококовим уре-тритом

Діагностика

Усім пацієнтам, які мають підтверд-
жений або підозрюваний уре-трит,
потрібно провести дослідження на
гонококи та хламідії. Тести для виявлен-
ня хламідій надто рекомендовані,
оскільки зростає їх доступність поряд із
підвищенням чутливості та специфіч-
ності, а результат специфічної діагнос-
тики може посилювати бажання
пацієнта повідомити свого партнера та
поліпшувати комплаєнтність.

Лікування

Лікування слід розпочинати одразу
ж після встановлення діагнозу. Азитро-
міцин і доксициклін мають високу ефек-
тивність за хламідійного уре-триту, проте
за інфікування *M. genitalium* кращий
ефект дає азитроміцин. Режим одна-
рзової дози має переваги у тому, що
покращує комплаєнтність і безпосе-
редній нагляд за лікуванням. Для ще
більшого підвищення відповіді на ліку-
вання ідеально, коли пацієнт вживає
ліки безпосередньо на прийомі у лікаря.

Рекомендовані режими

Азитроміцин 1 г орально одноразово або **Доксициклін** 100 мг орально двічі у
день впродовж 7 днів.

Альтернативні режими

Еритроміцин базовий 500 мг орально чотири рази на день впродовж 7 днів або
Еритроміцин етилсукцинат 800 мг орально чотири рази на день впродовж 7 днів або
Офлоксацин 300 мг орально двічі на день впродовж 7 днів або **Левофлоксацин** 500
мг орально один раз на день впродовж 7 днів.

Спостереження за пацієнтами, хворими на уре-трит

Пацієнтів слід повідомляти про те, що необхідно звернутися до лікаря повторно,
якщо симптоми будуть тривати або залишаться після завершення лікування.
Симптоматика сама по собі, без підтвердження наявності уре-триту клінічними або
лабораторними даними, не є достатньою підставою для повторного лікування.
Пацієнтів слід поінформувати про утримання від статевих зносин впродовж 7 днів після
початку лікування за умови, що їх симптоми будуть зменшуватися, а партнери пройдуть
адекватний курс лікування. Триваючий біль, дискомфорт і подразнення під час сечо-
випускання впродовж 3 місяців для клініциста є свідченням того, що, можливо, у
пацієнта є хронічний простатит або синдром хронічного тазового болю у чоловіків.
Особи, яким вперше діагностовано ЗПСШ, мають пройти обстеження на інші ЗПСШ, із
сифілісом і ВІЛ включно.

Звернення партнерів

Особи з НГУ повинні привести для обстеження та лікування всіх своїх статевих
партнерів впродовж наступних 60 днів. Оскільки встановлення специфічного діагнозу
може сприяти зверненню партнерів, вкрай доцільно проведення дослідження на
гонококи та хламідії.

Рецидивний та персистуючий уре-трит

Об'єктивні ознаки уре-триту мають бути наявними перед початком антимікробної
терапії. Для осіб, яких після лікування продовжують турбувати симптоми, але немає
ознак уре-триту, доцільність продовження курсу антимікробної терапії не доведено.
Особи, які мають персистуючий або рецидивний уре-трит, можуть отримати повтор-
но такий самий курс лікування, якщо вони не дотримувались терапевтичного режи-
му або якщо мали статеві контакти із непролікованими статевими партнерами. Також
можна провести культурування *T. vaginalis*, використовуючи матеріал мазка з уре-три
або ЗТ першої порції сечі. У деяких випадках рецидив уре-триту після лікування
доксицикліном може бути викликаний тетрациклін-резистентною *U. urealyticum*.
Урологічне обстеження зазвичай не виявляє специфічної етіології. Приблизно у 50%
чоловіків із хронічним небактеріальним простатитом / синдромом хронічного тазо-
вого болю є ознаки запалення уре-три, але мікробні патогени не визначаються. Якщо
пацієнт дотримувався попереднього режиму лікування, і у нього виключене повтор-
не інфікування, рекомендовано такі режими лікування:

Рекомендовані режими

Метронідазол 2 г орально одноразово або **Тинідазол** 2 г орально одноразово плюс
Азитроміцин 1 г орально одноразово (якщо не використовувався на початку лікування)

Особливі зауваження ВІЛ Інфекція

Гонококовий уре-трит, хламідійний уре-трит і негонококовий, нехламідійний уре-
трит можуть сприяти передаванню ВІЛ. Пацієнти, які мають НГУ та інфіковані ВІЛ,
повинні отримувати таке саме лікування, як і ВІЛ-негативні особи.

Ведення пацієнок, які хворіють на цервіцит

Цервіцит характеризується двома значними діагностичними ознаками: 1) гнійний або слизисто-гнійний ексудат, помітний у каналі шийки матки або у мазку з нього (що зазвичай характеризують як "слизисто-гнійний цервіцит" або "цервіцит"); 2) тривале кривавлення ендocerвікального каналу, що виникає навіть від делікатного дотику ватною паличкою. Можуть бути наявні одна або обидві ознаки. Цервіцит часто перебігає безсимптомно, але деякі жінки скаржаться на аномальні вагінальні виділення та міжменструальні кровотечі (наприклад, після статевих зносин). Виявлення лейкореї (>10 лейкоцитів у полі зору під час мікроскопії з великим збільшенням вагінального мазка) найчастіше пов'язано з хламідійним і гонококовим інфікуванням шийки матки. За відсутності вагініту лейкорея може бути чутливим індикатором запалення у шийці матки, і вона має високе негативне предикторне значення. Деякі спеціалісти вважають, що зростання кількості поліморфно-ядерних лейкоцитів у мазку з ендocerвікального каналу, забарвленому за Грамом, допомагає у діагностуванні цервіциту, проте остаточно це не доведено. Також він має низьке позитивне предикторне значення для інфекцій, викликаних *C. trachomatis* і *N. Gonorrhoeae*. Наявність ГНВД у мазках ендocerвікальних виділень, забарвлених за Грамом, є варіантом специфічної діагностики гонококової інфекції шийки матки, втім, він малочутливий, оскільки виявляється позитивним лише у 50% інфікованих жінок.

Етіологія

Зазвичай організмом-збудником цервіциту виявляється *C. trachomatis* або *N. gonorrhoeae*. Цервіцит також може супроводжувати трихомоніаз і генітальний герпес (надто за первинного інфікування ВПГ-2). Проте у більшості випадків цервіциту не виявляється жодного збудника, надто у жінок із відносно низьким ризиком нещодавно набутого ЗПСШ (зокрема, у жінок, старших за 30 років). Існують також дані про те, що інфікування *M. genitalium*, бактеріальний вагіноз і часті спринцювання можуть викликати цервіцит. З невідомих причин цервіцит може персистувати попри проведення повторних курсів антимікробної терапії. Оскільки більшість випадків персистуючого цервіциту не викликано релапсом або реінфікуванням *C. trachomatis* чи *N. gonorrhoeae*, можуть мати значення інші чинники (наприклад, персистуюча аномальна вагінальна флора, спринцювання, застосування хімічних збуджуючих речовин або ідіопатичне запалення у зоні ектопії).

Діагностика

Оскільки цервіцит може бути ознакою інфекції верхньої частини статевого тракту (ендометриту), жінки, які звертаються для лікування з приводу вперше виниклого цервіциту, мають бути обстежені на наявність запальних захворювань тазових органів і наявність *C. trachomatis* і *N. gonorrhoeae*. Найчутливіший із доступних методів – ампліфікаційне дослідження нуклеїнових кислот. Жінки, хворі на цервіцит, також мають бути обстежені на трихомоніаз і бактеріальний вагіноз, і за наявності цієї патології її слід лікувати. Оскільки чутливість мікроскопії для виявлення *T. vaginalis* відносно низька (близько 50%), симптомні жінки із цервіцитом і негативними результатами мікроскопії мазків мають пройти подальше тестування на виявлення трихомонад (зокрема, культуральні або антигенні дослідження). Хоча ВПГ-2 інфекція може поєднуватися із цервіцитом, вірогідність специфічного тестування (культурального або серологічного) не доведено. Стандартизовані тести на *M. genitalium* комерційно недоступні.

Ампліфікаційному дослідженню нуклеїнових кислот на виявлення *C. trachomatis* і *N. gonorrhoeae* слід віддавати перевагу у діагностиці цервіциту, і можна використовувати як матеріал із цервікального каналу, так і сечу. Виявлення >10 лейкоцитів у вагінальному мазку за відсутності трихомонад може свідчити про ендocerвікальне запалення, викликане специфічною мікрофлорою – *C. trachomatis* або *N. gonorrhoeae*.

Лікування

Деякі чинники впливають на вирішення питання – чи розпочати пробне лікування цервіциту, чи очікувати результатів діагностичних тестів. Лікування антибіотиками, що впливають на *C. trachomatis*, слід розпочинати у жінок, які мають підвищений ризик цього ЗПСШ (вік ≤25 років, новий або декілька статевих партнерів, незахищений секс), надто якщо пацієнту не може бути забезпечене спостереження, або якщо використовується відносно нечутливий (інший, ніж ампліфікаційне дослідження нуклеїнових кислот) діагностичний тест. Одночасне лікування *N. gonorrhoeae* показало, що поширеність цієї інфекції у популяції загалом відносно висока (>5%), (молодий вік і сприятливі обставини).

Супутній трихомоніаз або симптомний бактеріальний вагіноз також слід виявляти та лікувати. Жінкам, яким відкладено будь-яку пробну терапію, необхідне проведення чутливих тестів на *C. trachomatis* і *N. gonorrhoeae* для визначення необхідного лікування.

Рекомендовані режими пробного лікування*

Азитроміцин 1 г оральною одно-разово або **Доксициклін** 100 мг орально двічі на день впродовж 7 днів.

* Зважаючи, що пацієнтам із популяції з високим ризиком необхідне одночасне лікування гонококової інфекції.

Рецидивний і персистуючий цервіцит

Жінок із персистуючим цервіцитом слід обстежити на наявність ЗПСШ і визначити склад вагінальної мікрофлори. Якщо виникає релапс і/або реінфекція, коли ЗПСШ виключено, бактеріального вагінозу немає, статевих партнерів виявлено та проліковано, ведення пацієнтки з персистуючим цервіцитом може бути довільним. Для жінок із персистуючим симптомним цервіцитом інтенсивність повторної або пролонгованої антибіотикотерапії остаточно не з'ясовано. Жінкам із персистуючою симптоматикою, однозначно викликаною цервіцитом, після консультації з гінекологом може бути рекомендовано хірургічне лікування.

Спостереження

Спостереження слід проводити згідно зі всіма рекомендаціями щодо інфекції, з приводу якої пацієнтка отримала лікування. Жінка має бути поінформована, що у випадку персистенції симптомів вона повинна повернутися для повторного обстеження.

Ведення статевих партнерів

Ведення статевих партнерів жінки, яка отримує лікування цервіциту, має відповідати тому ЗПСШ, що його виявлено або запідозрено. Партнери мають бути поінформовані та обстежені, якщо було виявлено чи запідозрено хламідіоз, гонорею або трихомоніаз, та отримати лікування виявленого ЗПСШ. Аби уникнути реінфікування, пацієнти та їхні статеві партнери повинні утримуватися від статевих зносин до закінчення курсу лікування (впродовж 7 днів опісля вживання одноразової дози азитроміцину або після завершення 7-денного курсу інших препаратів).

Особливі зауваження ВІЛ-інфекція

Пацієнтки, які хворіють на цервіцит і мають супутню ВІЛ-інфекцію, мають отримувати те саме лікування і в такому ж режимі, як і ВІЛ-негативні жінки. Лікування цервіциту у ВІЛ-інфікованих жінок життєво важливе, тому що цервіцит підвищує виділення вірусу із цервікального каналу. Лікування цервіциту у ВІЛ-інфікованих жінок зменшує виділення вірусу, і таким чином може зменшити передавання ВІЛ-ймовірним статевим партнерам.

Хламідійна інфекція

Хламідійна інфекція у підлітків і дорослих

Хламідійна інфекція сечостатевих органів – найпоширеніша із ЗПСШ і найчастіше трапляється в осіб віком ≤ 25 років. Із багатьох наслідків інфікованості *C. trachomatis* у жінок найсерйознішими є запальні захворювання тазових органів, поза-маткова вагітність і неплідність.

Найчастіше інфекція перебігає без-

симптомно як у чоловіків, так і у жінок, і для її виявлення найдоцільніше проводити скринінгове тестування. Рекомендовано щорічне обстеження сексуально активних жінок віком ≤ 25 років, а також старших, якщо у них є чинники ризику (зокрема ті, хто мають нового статевого партнера або кількох). Позитивні результати скринінгу жінок на *C. trachomatis* виявлено у регіонах світу, де воно було впроваджено, і полягають у зменшенні як поширеності інфекції, так і кількості випадків зареєстрованих запальних захворювань тазових органів. Для рекомендації проведення такого скринінгу у сексуально активних молодих чоловіків досі накопичено замало доказів його ефективності. Проте скринінг може бути доцільним в окремих групах із високим рівнем поширеності хламідійної інфекції (клініки для молоді, виправні заклади та лікувальні заклади, що займаються лікуванням ЗПСШ). Адекватне оцінювання статевого ризику слід проводити всім особам, і воно може полягати у більш частому скринінгу жінок, ніж чоловіків.

Діагностика

Урогенітальну інфекцію, викликану *C. trachomatis*, у жінок можна діагностувати шляхом дослідження сечі або мазків із піхви чи цервікального каналу. Діагноз хламідійної інфекції сечостатевих органів у чоловіків може бути встановлений за результатами дослідження сечі або мазка з уретри. В осіб, які практикують анальні статеві зносини, може бути діагностована ректальна інфікованість *C. trachomatis* шляхом дослідження мазків із прямої кишки. Культуральний метод, метод прямої імунофлюоресценції, тест гібридизації нуклеїнових кислот, ампліфікаційне дослідження нуклеїнових кислот – всі ці методи дозволяють виявити *C. trachomatis* у мазках з уретри та цервікального каналу. Ампліфікаційне дослідження нуклеїнових кислот є найбільш чутливим зі всіх методів і дозволяє виявити хламідії у сечі та у вагінальних мазках.

Щодо методів, які слід застосовувати для виявлення хламідій у ректальних мазках, чітких рекомендацій немає. Пацієнтам, яким діагностовано інфікованість хламідіями, слід обстежитись на інші ЗПСШ.

Лікування

Лікування інфікованих пацієнтів попереджує передавання збудника до статевих партнерів. Крім того, лікування вагітних жінок зазвичай попереджує інфікування *C. trachomatis* немовляти. Лікування статевих партнерів допомагає попередити повторне інфікування цього пацієнта, а також інших його партнерів.

Супутнє інфікування *C. trachomatis* часто виявляють у пацієнтів, які мають гонококову інфекцію; ось чому таким особам доречно проводити пробне антихламідійне лікування (див. розділ „Гонококова інфекція, поєднана терапія гонококової та хламідійної інфекцій”). Рекомендовано такі режими лікування та альтернативні режими боротьби з інфекцією й полегшення симптомів.

Рекомендовані режими

Азитроміцин 1 г орально одноразово або **Доксициклін** 100 мг орально двічі на день впродовж 7 днів.

Альтернативні режими

Еритроміцин базовий 500 мг орально чотири рази на день впродовж 7 днів або Еритроміцин етилсукцинат 800 мг орально чотири рази на день впродовж 7 днів або **Офлоксацин** 300 мг орально двічі на день впродовж 7 днів або **Левोфлоксацин** 500 мг орально один раз на день впродовж 7 днів.

Нещодавно проведений мета-аналіз 12 рандомізованих клінічних досліджень азитроміцину порівняно з доксицикліном для лікування генітальної хламідійної інфекції довів, що обидва методи мають однакову ефективність, і відсоток ліквідації збудника складає 97% і 98% відповідно. Ці дослідження проводилися головним чином у популяціях, де були можливими подальше спостереження та дотримання 7-денного режиму лікування. Азитроміцин, утім, справляв кращий ефект у тих пацієнтів, у яких сумнівним було дотримання багатоденного режиму лікування.

У групах пацієнтів із непевним ставленням до сфери охорони здоров'я, прогнозованою низькою комплаєнтністю або сумнівною можливістю подальшого нагляду застосування азитроміцину можна вважати економічно більш виправданим, якщо дозу препарату пацієнт вживає під час візиту до лікаря. Проте вартість лікування доксицикліном менша, а профіль побічної дії практично такий самий. Еритроміцин

вважають менш ефективним, ніж названі вище два препарати, в основному за рахунок того, що він частіше викликає шлунково-кишкові побічні ефекти і тим самим зменшує комплаєнтність хворого. Офлоксацин і левофлоксацин ефективні як лікувальна альтернатива, але вартість такого лікування більша, і вони не мають переваг у режимі застосування. Інші хіноліни або неефективні щодо хламідій, або їх не досліджено достатньою мірою.

Аби максимізувати комплаєнтність щодо рекомендованого лікування, засоби для лікування хламідійної інфекції пацієнт має отримати безпосередньо на прийомі у лікаря, і першу дозу вводити тут же. Аби зменшити передавання збудника, особа, яка отримує лікування від хламідіозу, повинна утримуватися від статевих контактів впродовж 7 днів після лікування одноразовою дозою або до закінчення 7-денного режиму. Для мінімізації ризику повторного інфікування пацієнти також повинні бути поінформовані про утримання від статевих стосунків, доки всі статеві партнери не будуть виліковані.

Спостереження

За винятком вагітних жінок, тестування вилікування (повторне дослідження через 3–4 тижні після завершення лікування) не рекомендовано проводити лише тим особам, у яких визначено сумнівну комплаєнтність, залишається симптоматика або підозрюється реінфекція. Немає обґрунтування проведення тестування на хламідії менше, ніж через 3 тижні після завершення терапії (аби виявити пацієнтів, які не відповіли на лікування). Псевдонегативні результати можуть з'явитися внаслідок персистенції хламідійної інфекції з невеликим мікробним числом. Крім того, ампліфікаційне дослідження нуклеїнових кислот у період <3 тижнів після завершення терапії в осіб, які успішно здійснили курс лікування, може дати псевдопозитивний результат через наявність в організмі пацієнта великої кількості загиблих мікроорганізмів.

Висока частота інфікованості *S. trachomatis* виявляється у жінок, які оримували лікування з приводу хламідійної інфекції у попередні декілька місяців. Більшість персистуючих інфекцій у раніше лікованих пацієток викликано повторним інфікуванням, тому що партнери цих пацієток не отримали лікування, або у пацієток з'явилися нові партнери, які також були інфіковані *S. trachomatis*. Повторне інфікування спричинює значне підвищення ризику запальних захворювань тазових органів та інших ускладнень порівняно з первинною інфекцією. Ось чому недавно інфіковані жінки складають більшість тих, кому необхідне повторне тестування на *S. trachomatis*. Працівники сфери охорони здоров'я мають рекомендувати всім жінкам із хламідійною інфекцією пройти повторне обстеження приблизно через 3 місяці після лікування. Доцільність проведення повторного обстеження на хламідії чоловіків, які раніше мали позитивний тест, дискутується, проте за даними деяких спеціалістів, воно доречне через 3 місяці після закінчення курсу лікування.

Ведення статевих партнерів

Пацієнтів слід повідомляти про те, що їхні статеві партнери повинні звернутися для обстеження та лікування. Обов'язково мають бути виявлені, обстежені та проліковані статеві партнери, які мали статеві контакти з пацієнтом у найближчі 60 днів до появи симптоматики у пацієнта, якому було діагностовано хламідіоз. Також варто виявляти та лікувати пацієнтів, які мали статеві контакти з пацієнтом давніше, ніж за 60 днів до появи симптомів або встановлення діагнозу.

Якщо є підозра, що статеві партнери не звернуться для обстеження та лікування, і якщо інші режими ведення пацієнтів не можуть бути втілені або виявляються безуспішними, виходом може бути передавання антибіотиків гетеросексуальними чоловіками й жінками своїм партнерам. За даними деяких досліджень, така метода зменшує частоту персистуючої та рецидивної хламідійної інфекції порівняно зі стандартним підходом самостійного звертання партнера. Пацієнти-чоловіки повинні поінформувати своїх партнерок про свою інфікованість і отримати письмові матеріали про важливість виявлення в обох запальних захворювань тазових органів (надто безсимптомних). Терапія, передана через пацієнта, зазвичай не рекомендована у ЧСЗЧ,

оскільки ці особи мають високу ймовірність існування поєднаної інфекції, надто недиагностованої ВІЛ-інфекції.

Пацієнти мають бути поінформованими про те, що вони повинні утримуватися від статевих зносин, доки обоє не закінчать курс лікування. Своєчасне лікування статевих партнерів покликано зменшити ризик повторного інфікування кожного конкретно пацієнта.

Особливі зауваження

Вагітність. Доксидиклін, офлоксацин і левофлоксацин протипоказані вагітним жінкам. Натомість клінічний досвід і дослідження дають підстави вважати азитроміцин безпечним та ефективним. Через 3 тижні після завершення терапії вагітним жінкам рекомендовано повторне дослідження (найкраще ампліфікований тест нуклеїнових кислот) та один із наведених нижче терапевтичних режимів, аби забезпечити виліковування, з огляду на те, що наслідки невилікованої інфекції є негативними для здоров'я і матері, і новонародженого. Вживання еритроміцину часто пов'язано із шлунково-кишковими побічними ефектами, які можуть зменшити комплаєнтність пацієнтки.

Рекомендовані режими лікування

Азитроміцин 1 г орально в одноразовій дозі або **Амоксицилін** 500 мг орально тричі на день впродовж 7 днів.

Альтернативні режими
Еритроміцин базовий 500 мг орально чотири рази на день впродовж 7 днів або **Еритроміцин базовий** 250 мг орально чотири рази на день впродовж 14 днів, або **Еритроміцину етилсукцинат** 800 мг орально чотири рази на день впродовж 7 днів, або **Еритроміцину етилсукцинат** 400 мг орально чотири рази на день впродовж 14 днів.

Еритроміцину естолят протипоказаний під час вагітності внаслідок його гепатотоксичності. 14-денний курс еритроміцину у нижчому дозуванні варто застосовувати тоді, коли є сумніви щодо шлунково-кишкової стерпності препарату.

ВІЛ-інфекція. Пацієнти, які мають хламідійну та супутню ВІЛ-інфекцію, мають отримувати таке ж лікування, як і ВІЛ-негативні пацієнти.