

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**ОО «АССОЦИАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ»**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО**

**ПО ЛЕЧЕНИЮ И ДИАГНОСТИКЕ  
СИФИЛИСА, ГОНОРЕИ И  
ХЛАМИДИОЗА  
ДЛЯ ВСЕХ УРОВНЕЙ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Бишкек 2012**

**Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 680 от 17.12.12г.**

### **Цель создания клинического руководства**

Создание новой единой системы по диагностике, лечению и профилактике ИППП на уровне первичного, вторичного и третичного звена здравоохранения, которая базируется на принципах доказательной медицины, отражает последние достижения мировой медицинской науки и практики. В свою очередь, внедрение руководства по диагностике и лечению ИППП в практику здравоохранения будет способствовать улучшению качества оказания медицинской помощи больным ИППП, снижению времени нетрудоспособности и повышению качества жизни.

Клинические руководства содержат рекомендации, основанные на доказательствах лучшей практики по диагностике и лечению сифилиса, гонореи и хламидиоза, а также для предотвращения распространенных в практике злоупотребления медикаментами и других необоснованных вмешательств.

### **Целевые группы**

Врачи дерматовенерологи, организаторы здравоохранения, научные сотрудники, преподаватели медицинских ВУЗов.

### **Дата создания:**

Данные клинические руководства были созданы в 2012 году. Серия руководств по лечению ИППП, в том числе сифилиса, гонореи и хламидиоза идет как продолжение разработки практических руководств по ведению сифилиса, гонореи и хламидиоза.

### **Планируемая дата обновления:**

Проведение следующего пересмотра планируется в 2017 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих изданиях.

Любые комментарии и пожелания по содержанию КП приветствуются.

Адрес для переписки с рабочей группой:

**г. Бишкек, ул. Л. Толстого, 70.**

**Телефоны: 59-52-11, 59-01-45**

**E-mail: rcdy\_kg@mail.ru**

*Издано в рамках реализации Национальных программ по реформированию системы здравоохранения при содействии GIZ (Технического сотрудничества Германии в Кыргызской Республике)*

## Состав рабочей группы по разработке клинических руководств:

### Руководители группы:

Юсупова Д.М.	к.м.н., директор РЦДВ
--------------	-----------------------

### Исполнители:

Горбунова Е.В.	зам. директора РЦДВ, дерматовенеролог, врач высшей категории
Бышевская А.М.	зав. АДО РЦДВ, дерматовенеролог, врач высшей категории
Тельпуховская Е.В.	дерматовенеролог РЦДВ, врач высшей категории
Салиева А.Д.	зав. орг. отделом РЦДВ, дерматовенеролог
Мырзамамытова А.М.	врач-дерматовенеролог РЦДВ, врач высшей категории

### Медицинские рецензенты внутренние:

Балтабаев М.К.	Доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии КГМА, дерматовенерологии и фтизиопульмонологии КРСУ
Усубалиев М.Б.	Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры КГМА, КГМИиПК

### Медицинские рецензенты внешние:

Бартон Смит	Специалист по семейной медицине, заместитель директора проекта по качественному здравоохранению ЮСАИД
Камбаралиева Б.	Клинический фармаколог, консультант по рациональному использованию лекарственных средств ОДМ РЦРЗиИТ, директор медицинских программ проекта «СитиХоуп Интернешнл»
Каира Каплински	Семейный врач, кафедра семейной медицины, Адвокате Лютеран госпиталь в Парк Ридже, пригород Чикаго, США

### Методологическая поддержка

Барыктабасова Б.К.	консультант Министерства здравоохранения по вопросам доказательной медицины и методологии разработки клинических руководств и протоколов, и.о. заведующая отделом доказательной медицины Республиканского центра развития здравоохранения и информационных технологий, к.м.н.
--------------------	---

### Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данных клинических руководств все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики, лечения и профилактики сифилиса. В процессе апробации рецензирования клинических руководств были получены комментарии и рекомендации, которые были учтены при его доработке. После апробирования и получения комментариев и рецензий данный клинический протокол был утвержден Экспертным советом оценки качества Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

**Председатель Экспертного совета МЗ КР** по оценке качества клинических руководств и протоколов – Ешходжаева А.С., начальник УЛПП и Л МЗ КР, к.м.н.

**Ответственный руководитель** процесса разработки клинических руководств и протоколов – Китарова Г.С., директор РЦРЗ и ИТ, д.м.н.

**Ответственный эксперт-методолог** разработки и внедрения КР/КП и **секретарь Экспертного совета МЗКР** по оценке качества клинических руководств и протоколов – Барыктабасова Б.К., консультант отдела доказательной медицины РЦРЗ и ИТ, к.м.н.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	7
Сифилис	7
Список сокращений	7
Классификация рекомендаций	6
Уровень доказательств	6
1. Классификация сифилиса по МКБ-Х	7
1.1. Клиническая классификация <sup>4,6</sup>	8
2. Стадии и проявления сифилиса	8
3. Определение <sup>1,2,4,6</sup>	8
4. Источник заражения <sup>1,2,6</sup>	9
5. Пути заражения <sup>1,2,4,6</sup>	9
6. Клинические критерии	9
6.1. Приобретённый	9
6.1.1. Первичный сифилис <sup>1,2,4,6</sup>	9
6.1.2. Вторичный сифилис <sup>1,2,4,6</sup>	10
6.1.3. Скрытый Сифилис	10
6.1.4. Поздний сифилис <sup>1,5,6</sup>	11
6.1.5. Лабораторная диагностика <sup>3,4,6</sup>	15
6.1.6. Лечение	16
6.1.7. Клинико-серологический контроль <sup>1,4,6</sup>	18
6.1.8. Критерии излеченности <sup>1,4,5,6</sup>	18
6.2. Врождённый сифилис <sup>1,4,5,6</sup>	19
6.2.1. Ранний врождённый сифилис <sup>1,4,6</sup>	19
6.2.2. Поздний врождённый сифилис <sup>4,5,6</sup>	21
6.2.3. Профилактическое лечение новорождённых <sup>4,6</sup>	22
6.2.4. Клинико-серологический контроль <sup>4,6</sup>	23
7. Лечение сифилиса У беременных на первичном уровне <sup>4,6</sup>	23
8. Профилактическое лечение беременных <sup>4,6</sup>	24
9. Ведение половых партнеров <sup>4,5,6</sup>	24
10. Превентивное лечение партнеров <sup>4,6</sup>	25
11. Превентивное лечение реципиентов <sup>4,6</sup>	25
11.1. Клинико-серологический контроль <sup>4,6</sup>	25
12. Показания к госпитализации <sup>4,5,6</sup>	26
13. Сифилис и ВИЧ-инфекция <sup>1,4,5,6,8</sup>	26
13.1. Клинико-серологический контроль <sup>4,5,6</sup>	26
14. Учёт больных сифилисом <sup>7</sup>	27
15. Комментарии к Лечению <sup>4,5,6</sup>	27
15.1. Комментарии к реакциям на лечение <sup>4,5,6</sup>	28
Приложение №1	
Клинический протокол по лечению сифилиса для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики	29
Приложение №2	
Индикаторы внедрения руководства «Лечение и диагностика сифилиса»	34
Список использованной литературы (Сифилис)	35
Гонорея	36
1. Классификация гонореи	36
2. Определение <sup>1-2</sup>	36
3. Источник заражения	36
4. Пути передачи	36
5. Клинические симптомы <sup>1-2</sup>	36

6. Клинические критерии .....	37
6.1. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных и придаточных желез .....	37
6.2. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез .....	37
6.3. Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов .....	37
6.4. Гонококковая инфекция глаз .....	38
6.5. Гонококковая инфекция костно-мышечной системы .....	38
6.6. Гонококковый фарингит .....	38
6.7. Гонококковая инфекция аноректальной области (заднего прохода и прямой кишки) .....	38
6.8. Другие гонококковые инфекции (диссеминированная гонококковая инфекция) .....	38
7. Диагностика <sup>37</sup> .....	39
7.1. Основные клинические показания для обследования на гонорейную инфекцию <sup>37</sup> .....	39
7.2. Методы лабораторной диагностики .....	39
На первичном уровне .....	39
На вторичном и третичном уровнях .....	39
8. Показания для направления к дерматовенерологу, урологу, гинекологу, педиатру .....	40
9. Показания к госпитализации .....	40
10. Лечение на первичном уровне <sup>[3-14-20]</sup> .....	40
10.1. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без осложнений ....	40
10.2. Фарингеальная инфекция .....	40
10.3. Лечение неосложненных форм гонореи у беременных и кормящих женщин <sup>[28-30]</sup> .....	41
11. Лечение на вторичном и третичном уровнях .....	41
11.1. Подлежат осложненные и диссеминированные формы гонореи .....	41
11.2. Лечение офтальмии новорожденных .....	41
11.3. Профилактика офтальмии новорожденных .....	42
11.4. Профилактическое лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонореей (даже при отсутствии признаков гонококковой инфекции) .....	42
12. Лечение гонококковой инфекции у детей .....	42
13. Ведение половых партнеров .....	42
14. Критерии излеченности .....	42
15. Профилактика гонореи .....	42
Приложение №1	
по лечению гонореи для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики .....	43
Приложение №2	
Индикаторы внедрения руководства «Лечение и диагностика гонореи» .....	46
Список использованной литературы .....	47
Хламидиоз .....	49
Список сокращений .....	49
1. Классификация инфекций, вызванных <i>Chlamydia trachomatis</i> в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ-Х) <sup>3</sup> .....	49
2. Введение .....	49
3. Целевая группа, подлежащая обследованию .....	50
Основные клинические показания для обследования на хламидийную инфекцию <sup>2</sup> .....	50
4. Факторы риска развития хламидийной инфекции <sup>2</sup> .....	51
5. Пути передачи и клиническая картина <sup>2</sup> .....	51
Клинические проявления неосложненной и осложненной хламидийной инфекции <sup>2</sup> .....	51
6. Клинические критерии .....	52
6.1. Хламидийная инфекция аноректальной области (А 56.3) .....	52
6.2. Хламидийный фарингит (А 56.4) .....	52
6.3. Хламидийный конъюнктивит (А 74.0) .....	52

6.4. Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов (А 56.1) .....	53
6.5. Хламидийные инфекции, передаваемые половым путём, другой локализации (а 56.8) .....	54
7. Методы диагностики хламидийной инфекции <sup>2</sup> .....	55
8. Лечение <sup>1</sup> .....	56
8.1. Лечение генитальной, ректальной, фарингеальной неосложнённой инфекций .....	56
8.2. Лечение беременных и кормящих женщин <sup>1</sup> .....	56
9. Контроль излеченности .....	56
10. Ведение половых партнёров <sup>1</sup> .....	56
Приложение №1 по лечению хламидиоза для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики .....	57
Приложение №2 Индикаторы внедрения руководства «Лечение и диагностика хламидиоза» .....	58
Список использованной литературы .....	59

## КЛАССИФИКАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

### Класс I.

Состояния, для которых имеются доказательства и/ или общее соглашение, что процедура или лечение является эффективным и полезным (т.е. данное вмешательство показано, эффективно, полезно и должно быть назначено/ проведено: польза от вмешательства значительно превышает риск от него).

### Класс II.

Состояния, для которых существуют спорные доказательства и/или мнения специалистов расходятся о полезности/эффективности процедуры или лечения.

**Класс IIa:** имеется больше доказательств в пользу полезности/эффективности процедуры (данное вмешательство может быть полезным и эффективным и может быть проведено/назначено: польза превышает риск).

**Класс IIb:** эффективность/полезность процедуры плохо изучена, накоплено недостаточное количество доказательств в пользу полезности данного лечения/процедуры (данное вмешательство возможно будет полезным и эффективным или эффективность/полезность данного вмешательства не известна и плохо изучена: польза>=риск).

### Класс III.

Состояния, для которых имеются доказательства и/или общее соглашение, что процедура или лечение не является эффективным и полезным и в некоторых случаях может быть вредным (данное вмешательство не рекомендуется: риск превышает пользу).

## УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

- A** – Данные получены из высококачественных мета-анализов, систематических обзоров, многоцентровых, рандомизированных клинических исследований (РКИ) с вовлечением большого количества пациентов.
- B** – Данные получены из ограниченного количества РКИ, с вовлечением небольшого числа пациентов, или из тщательного анализа не рандомизированных клинических исследований.
- C** – Данные получены из консенсусов, исследований случай-контроль или стандартов лечения.
- D** – Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

# СИФИЛИС

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

СМЖ	– спинномозговая жидкость
РМП	– реакция микропреципитации
RPR (VDRL – Venereal Disease Research Laboratory test)	– тест определения быстрых плазменных реакинов
РИФ (FTA – Fluorescent Treponemal Antibody)	– реакция иммунофлюоресценции
ИФА (ELISA – Enzyme-linked Immunosorbent Assay)	– иммуноферментный анализ
РПГА (ТРНА – Treponema pallidum Haemagglutination Assay)	– реакция пассивной гемагглютинации
ЛЖВ	– лица, живущие с ВИЧ
МКБ-Х	Международная классификация болезней десятого пересмотра

## 1. КЛАССИФИКАЦИЯ СИФИЛИСА ПО МКБ-Х

### **A.50 Врождённый сифилис**

- A.50.0. Ранний врождённый сифилис с симптомами
- A.50.1. Ранний врождённый сифилис скрытый
- A.50.2. Ранний врождённый сифилис неуточнённый
- A.50.3. Позднее врождённое сифилитическое поражение глаз
- A.50.4. Поздний врождённый нейросифилис (ювенильный нейросифилис)
- A.50.5. Другие формы позднего врождённого сифилиса с симптомами
- A.50.6. Поздний врождённый сифилис скрытый
- A.50.7. Поздний врождённый сифилис неуточнённый
- A.50.9. Врождённый сифилис неуточнённый

### **A.51 Ранний сифилис**

- A.51.0. Первичный сифилис половых органов
- A.51.1. Первичный сифилис анальной области
- A.51.2. Первичный сифилис других локализаций
- A.51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек
- A.51.4. Другие формы вторичного сифилиса
- A.51.5. Ранний сифилис скрытый
- A.51.6. Ранний сифилис неуточнённый

### **A.52 Поздний сифилис**

- A.52.0. Сифилис сердечно-сосудистой системы
- A.52.1. Нейросифилис с симптомами
- A.52.2. Асимптомный нейросифилис
- A.52.3. Нейросифилис неуточнённый
- A.52.7. Другие формы позднего сифилиса
- A.52.8. Поздний сифилис скрытый
- A.52.9. Поздний сифилис неуточнённый

### **A.53 Другие и неуточнённые формы сифилиса**

- A.53.0. Скрытый сифилис, неуточнённый как ранний или поздний
- A.53.9. Сифилис неуточнённый.

## 1.1. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ <sup>4,6</sup>

### I. Приобретённый:

- Первичный;
- Вторичный;
- Скрытый:
  - ранний;
  - поздний;
- Поздний
  - висцеральный сифилис;
  - гуммозный сифилис;
  - нейросифилис – *может быть на любых стадиях*

### II. Врождённый:

- Ранний – проявляется в возрасте до 2 лет;
- Поздний – проявляется в возрасте старше 2 лет.

---

## 2. СТАДИИ И ПРОЯВЛЕНИЯ СИФИЛИСА

Стадия	Продолжительность заболевания	Проявления	
		Распространенные	Редкие
Первичный	от 10 до 90 дней	Твердый шанкр	Локальная лимфаденопатия
Вторичный	от 1 месяца до 3 месяцев	Артралгия, широкие кондиломы, усталость, генерализованная лимфаденопатия, головная боль, шелушащиеся папулы/розеолёзно-папулёзная сыпь, экзантема, миалгия, фарингит	Кольцевидный сифилис, ирит, пустулезный сифилис, гипертермия, сифилитическое облысение, язвенно-бугорковый сифилис
Ранний скрытый	После первичной или вторичной стадий 2 года или меньше, без симптомов	Нет	Нет
Поздний скрытый	Больше чем 2 года, без симптомов	Нет	Нет
Третичный	От 2 лет и больше	Поздний нейросифилис	Висцеральный сифилис, гуммозный сифилис

---

## 3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ <sup>1,2,4,6</sup>

Сифилис – инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, склонное без лечения к хроническому волнообразному течению с периодами обострения, способное поражать все органы и системы организма.



## 4. ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ<sup>1,2,6</sup>

Источник заражения – больной человек.

---

## 5. ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ<sup>1,2,4,6</sup>:

- половой;
  - антенатальный (внутриутробный);
  - бытовой (встречается редко) – возможно заражение детей от больных родителей с активными проявлениями сифилиса;
- 

## 6. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

### 6.1. ПРИОБРЕТЁННЫЙ

#### 6.1.1. ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС<sup>1,2,4,6</sup>

Инкубационный период составляет в среднем от 2-6 недель до 90 дней от момента заражения.

Продолжительность первичного периода 6-8 недель.

- **Первичная сифилома (твёрдый шанкр)** – эрозия или язва, возникающая на месте внедрения бледной трепонемы:
  - чаще единичная;
  - округлой или овальной формы;
  - с чёткими границами;
  - с гладким блестящим «лакированным» дном;
  - без признаков воспаления (если не присоединяется вторичная инфекция);
  - безболезненная;
  - со скудным серозным отделяемым;
  - плотно-эластической консистенции в основании;
  - локализуются чаще всего на половых органах, в области ануса, языке, красной кайме губ и др.;
  - без лечения регрессирует в течение нескольких недель с образованием рубца или без него;
- **Регионарный лимфаденит**
  - чаще билатеральное увеличение лимфоузлов размером от 1,5x1,0 см до 5,0x4,5 см;
  - плотной эластической консистенции;
  - подвижные;
  - безболезненные;
  - неспаивающиеся между собой и окружающими тканями;
  - кожа над ними не изменена.
- **Атипичные формы первичной сифиломы<sup>4</sup>:**
  - множественные;

- болезненные;
- с гнойным отделяемым;
- индуративный отёк;
- экстрагенитальная локализация – шанкр-амигдалит (увеличение миндалин), шанкр-панариций др.

В течение первичного сифилиса выделяют 2 периода<sup>1,2</sup>:

- **первичный серонегативный**, когда серологические реакции отрицательные. Продолжительность – 3-4 недели от момента появления твердого шанкра;
- **первичный серопозитивный**, когда серологические реакции становятся положительными. Продолжительность – последующие 3-4 недели.

### 6.1.2. ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС<sup>1,2,4,6</sup>

Клинические проявления вторичного сифилиса появляются в течение 2 лет от момента заражения.

Характерно волнообразное течение – активные клинические проявления могут регрессировать без проведения специфического лечения, затем вновь появляться.

Вторичный период сифилиса – наиболее заразная стадия болезни.

#### *Характерные симптомы:*

- Появляются разнообразные высыпания на коже и слизистых оболочках:
  - розеолёзный, везикулёзный, пустулёзный варианты сифилидов на коже (включая ладони и подошвы) и слизистых оболочках;
  - вегетирующие папулы на широком основании (широкие кондиломы) на участках с повышенной влажностью (половые органы, паховая и перианальная области);
- Алопеция очаговая или диффузная;
- Лейкодерма – нарушение пигментации кожи чаще по воротниковой зоне;
- Общая слабость, общая гипертермия, потеря в весе;
- Лимфаденопатия;
- Возможно проявление раннего висцерального и раннего нейросифилиса;
- Серологические реакции крови положительные.

### 6.1.3. СКРЫТЫЙ СИФИЛИС

#### 6.1.3.1. СИФИЛИС СКРЫТЫЙ РАННИЙ (ЛАТЕНТНАЯ СТАДИЯ)<sup>1,2,4,6</sup>

- Продолжительность раннего скрытого сифилиса до 2 лет от момента заражения;
- Активные клинические проявления (высыпания на коже и слизистых оболочках) отсутствуют;
- Возможно проявление раннего висцерального и раннего нейросифилиса;
- Диагноз ставится на основании<sup>4,6</sup>:
  - положительных серологических реакций;
  - анамнеза – получал ли пациент лечение по поводу сифилиса в прошлом (время и схема лечения, прохождение клинико-серологического контроля и др.);
  - конфронтации – выявление и обследование половых партнёров;
  - у женщин: были ли выкидыши в поздние сроки беременности или мертворождения и др.

### 6.1.3.2. СИФИЛИС СКРЫТЫЙ ПОЗДНИЙ

- Продолжительность позднего скрытого сифилиса больше 2 лет от момента заражения;
- Активные клинические проявления (высыпания на коже и слизистых оболочках) отсутствуют;
- Диагноз ставится на основании <sup>4,6</sup>:
  - положительных серологических реакций;
  - анамнеза – получал ли пациент лечение по поводу сифилиса в прошлом (время и схема лечения, прохождение клинико-серологического контроля и др.);
  - конfrontации – выявление и обследование половых партнёров;
  - у женщин: были ли выкидыши в поздние сроки беременности или мертворождения и др.

### 6.1.4. ПОЗДНИЙ СИФИЛИС <sup>1,5,6</sup>

**Поздний сифилис** – специфический процесс, при котором могут поражаться не только кожа и слизистые оболочки, но и внутренние органы, нервная, эндокринная, костно-суставная системы, слуховой и зрительный анализаторы.

#### **Поздний сифилис с симптомами:**

- висцеральный сифилис;
  - нейросифилис;
  - гуммозный сифилис.
- Клинические симптомы висцерального и нейросифилиса могут проявляться при всех формах сифилиса.
  - Висцеральный и нейросифилис делятся на ранний (до 2 лет от момента заражения) и поздний (более 2 лет от момента заражения).
  - Определить срок заражения при висцеральном и нейросифилисе очень сложно.
  - В данном разделе для общего сведения будут даны клинические критерии как раннего, так и позднего висцерального и нейросифилиса;
  - По международным стандартам пациентам с симптомами поражения внутренних органов и нервной системы независимо от срока заражения рекомендуется проводить лечение по схемам лечения висцерального и нейросифилиса.

#### 6.1.4.1.ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ СИФИЛИС

Специфическое поражение бледной трепонемой внутренних органов. Чаще всего поражаются сердечно-сосудистая система и печень, реже – почки, лёгкие, желудочно-кишечный тракт и яички.

##### 6.1.4.1.1. РАННИЙ ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ СИФИЛИС

Клинические проявления раннего висцерального сифилиса появляются в течение 2 лет от момента заражения <sup>1,4,6</sup>.

Поражение внутренних органов имеет воспалительный или дистрофический характер.

- **Поражения сердечно-сосудистой системы:**
  - миокардит;
  - аортит;

- недостаточность аортального и митрального клапанов;
- облитерирующий эндартериит венечных артерий.
- **Поражения органов пищеварительного тракта:**
  - гепатит;
  - спленомегалия;
  - гастрит;
  - язва желудка;
- **Поражения почек:**
  - бессимптомная дисфункции почек;
  - доброкачественная протеинурия;
  - нефроз;
  - гломерулонефрит.
- **Поражения органов дыхания** (наблюдается редко):
  - острая бронхопневмония;
  - интерстициальная пневмония;
  - сухой бронхит (сифилитический).

#### 6.1.4.1.2. ПОЗДНИЙ ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ СИФИЛИС

Проявляется через 2 года и более от момента заражения<sup>1,5,6</sup>. Характеризуется грубыми необратимыми изменениями внутренних органов, в которых могут появляться ограниченные гуммы или гуммозные инфильтрации.

- **Поражения сердечно-сосудистой системы:**
  - мезоартит, следствием которого являются аневризма аорты;
  - миокардит;
  - недостаточность аортального клапана с регургитацией;
  - облитерирующий эндартериит венечных артерий;
  - стенокардия.
- **Поражения печени:**
  - поздние сифилитические гепатиты: очаговый гуммозный, милиарный гуммозный (или разлитый инфильтративный), хронический эпителиальный.
- **Поражения желудка-кишечного тракта:**
  - разлитая гуммозная инфильтрация стенок желудка и кишечника ;
  - образование ограниченных гуммозных узлов – клиническая симптоматика напоминает опухоль желудка или кишечника.
- **Поражения почек:**
  - амилоидный нефроз,
  - нефросклероз;
  - гуммозное поражение.
- **Поражения органов дыхания** наблюдаются крайне редко – образование гуммозных узлов или разлитой гуммозной перибронхиальной инфильтрации с последующим развитием пневмосклероза.
- **Поражения опорно-двигательного аппарата:**
  - остеоperiостит;
  - остеомиелит гуммозный;
  - артриты (преимущественно, крупных суставов).

#### 6.1.4.2. НЕЙРОСИФИЛИС

Специфическое поражение бледной трепонемой нервной системы может быть на любой стадии.

#### 6.1.4.2.1. РАННИЙ НЕЙРОСИФИЛИС<sup>6</sup>

- Клинические проявления появляются в течение 2 лет от момента заражения<sup>1,4,6</sup>;
- Характерно мезинхимальное поражение нервной системы;
- **Менингиты** (острый, подострый, генерализованный): с неврологической симптоматикой с различной степенью выраженности;
- **Менинго-васкулярный нейросифилис**:
  - малосимптомные, стёртые проявления раздражения мозговых оболочек;
  - поражения сосудов мозга напоминает симптоматику, характерную для гипертонического криза;
- **Гидроцефалия** – воспаление мозговых оболочек и эпиндемы (тонкая эпителиальная мембрана, выстилающая стенки желудочков головного мозга и спинномозгового канала).  
**Характерные симптомы:**
  - повышение внутричерепного давления;
  - нарастающая головная боль;
  - тошнота;
  - рвота, не связанная с приёмом пищи;
  - эпилептиальные припадки;
  - заторможенность;
  - потеря сознания;
  - появляются симптомы, характерные для ущемления любой из 12 пар черепномозговых нервов;
  - улучшение состояния после люмбальной пункции.
- **Менингомиелит** – сочетанное поражение оболочек головного и спинного мозга, имеет острое начало и быстрое прогрессирование неврологической симптоматики.  
**Характерные симптомы:**
  - параплегия – паралич нижних конечностей;
  - образование пролежней – глубокое нарушение трофики тканей;
  - снижение или потеря различных видов чувствительности;
  - нарушение функции сфинктеров – расстройства мочеиспускания от затруднения до недержания мочи, расстройство акта дефекации от стойких запоров до недержания кала;
  - импотенция.
- **Невриты** – поражение II, III, IV, VI, VII, VIII пар черепномозговых нервов. Могут наблюдаться при любой форме раннего нейросифилиса.  
**Характерные симптомы:**
  - миоз или мидриаз;
  - птоз;
  - расходящееся или сходящееся косоглазие;
  - деформация зрачков;
  - асимметрия лица;
  - снижение остроты зрения от незначительного помутнения до полной слепоты;
  - снижение слуха вплоть до полной глухоты.

#### 6.1.4.2.1. ПОЗДНИЙ НЕЙРОСИФИЛИС

- Клинические проявления появляются через 2 года и более от момента заражения<sup>1,2,5,6</sup>;
- Характерно паренхиматозное поражение нервной системы;
- Изменения носят воспалительно-дистрофический характер.

##### 1. Поздний скрытый (латентный) менингит:

- постепенное развитие;

- безлихорадочное начало;
- рецидивирующее, малосимптомное течение – больные субъективных жалоб, как правило, не предъявляют, но могут появляться следующие симптомы:
  - головная боль;
  - головокружение;
  - шум в ушах;
  - снижение слуха;
  - снижение остроты зрения;
  - при офтальмологическом исследовании: гиперемия сосочка зрительного нерва, папиллит.

## 2. Поздний диффузный менингovasкулярный сифилис:

- встречается наиболее часто;
- мозговые оболочки в процесс вовлекаются умеренно – симптомы менингита выражены нерезко;
- преобладает клиническая симптоматика, характерная для поражения сосудов головного мозга, сходная с мозговым инсультом – **сифилис сосудов головного мозга**:
  - нарушение различных видов чувствительности;
  - парестезии;
  - гемипарезы;
  - гемиплегии;
  - расстройства рефлексов;
  - эпилептиформные припадки или общие судороги;
  - альтернирующие параличи;
  - расстройства речи;
  - расстройства памяти;
  - психические расстройства: снижение интеллекта, состояние эйфории, беспечности или тревоги;
  - поражения черепномозговых нервов.

## 3. Спинная сухотка (табес):

- Поражаются задние корешки, столбы и оболочки спинного мозга;
- Чаще поражается поясничный, реже шейный отделы спинного мозга;
- Параллельно протекают процессы пролиферации (воспаления) и деструкции (разрушение нервной ткани и замещение её соединительной). **Деструктивные изменения необратимы.**

### Характерные симптомы:

- боли (стреляющие, кинжальные, сверлящие, рвущие, симулирующие стенокардию);
- парестезии;
- расстройства мочеиспускания;
- расстройства акта дефекации;
- импотенция;
- поражения черепномозговых нервов: птоз, расходящееся или сходящееся косоглазие, асимметрия лица, девиация языка, зрачковые расстройства, атрофия зрительных и слуховых нервов (снижение остроты зрения и слуха вплоть до полной слепоты и глухоты);
- атаксия – расстройство координации;
- отсутствие сухожильных рефлексов нижних конечностей;
- нарушение мышечно-суставного чувства нижних и верхних конечностей;
- табетическая артропатия;
- трофические нарушения: безболезненные и прободающие язвы стоп, выпадение волос и зубов, снижение потоотделения и др.

#### **4. Прогрессивный паралич:**

- Развивается через 10-20 лет от момента заражения;
- Поражается вещество головного мозга;
- Характерны дегенеративные изменения, которые приводят к атрофии клеточных слоёв и истончению извилин головного мозга;

##### **Характерные симптомы:**

- внезапное изменение характера;
- вспыльчивость, раздражительность, грубость, агрессия;
- булимия – прожорливость;
- эйфория или вялость, плаксивость;
- снижение критического отношения к окружающему, легкомыслие в поведении;
- нарушение памяти – снижение её на ближайшие события при сохранении на отдалённые;
- нарушение счёта;
- нарушение письма;
- нарушение речи;
- деградация, прогрессирующее слабоумие;
- неврологический статус сходен со спинной сухоткой.

**5. Табопаралич** – наличие у больного симптомов прогрессирующего паралича и спинной сухотки.

**6. Гумма спинного и головного мозга** – клинические проявления соответствуют симптомам опухоли головного или спинного мозга.

### **6.1.4.3. ГУММОЗНЫЙ СИФИЛИС**

#### **1. Гуммозное поражение кожи и слизистых оболочек.**

Характерные симптомы:

наличие сифилидов третичного периода на коже и слизистых оболочках:

- бугорки (узелки) – размером 3-10 мм медно-красного или синюшного цвета;
- гуммы (узлы) – размером 3-4 см багрово-красного цвета;
- сифилиды склонны к изъязвлению и распаду. Разрешаются «мозаичным» или «звёздчатым» рубцами;
- бледную трепонему в отделяемом сифилидов находят редко;
- субъективные ощущения отсутствуют или выражены незначительно;
- серологические реакции положительные в 60-90% случаев;

**2. Гуммозное поражение внутренних органов** (см. раздел «Висцеральный сифилис»)

### **6.1.5. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**<sup>3,4,6</sup>

- **Микроскопия нативного препарата в тёмном поле: Первичный, Вторичный;**
- для выявления бледной трепонемы в клинических образцах: исследование серозного отделяемого с поверхности мацерированных, эрозированных папули или бляшек, содержимого пустул, везикул, пунктата лимфоузлов (III, V)<sup>3,4,6</sup>. *Если после однократного исследования трепонемы не выявлены, поражение следует промыть физиологическим раствором и вновь провести повторное исследование. Даже многократный отрицательный результат исследования на бледную трепонему не может исключить наличие сифилитической инфекции. В подобных случаях необходимо провести серологическое обследование крови на сифилис*<sup>3</sup>.

- **Постановка серологических реакций** сыворотки крови в сочетаниях:  
Все стадии и формы сифилиса: **Первичный, Вторичный, Скрытый и Поздний, включая Нейросифилис, висцеральный, гуммозный**
    - RPR (VDRL) (IV, C) <sup>3,4,6</sup> + ИФА (ELSA) (III, B) <sup>3,4,6</sup> или
    - RPR (VDRL) (IV, C) <sup>3,4,6</sup> + РПГА (ТРНА) (III, B) <sup>3,4,6</sup> или
    - РМП (IV, C) <sup>3</sup> + ИФА (ELSA) (III, B) <sup>3,4,6</sup> или
    - РМП (IV, C) <sup>3+</sup> РПГА (ТРНА) (III, B) <sup>3,4,6</sup>.
- К трепонемным тестам относятся: ИФА (ELSA), РПГА, РИФ (FTA). К нетрепонемным тестам относятся: RPR, VDRL, РМП.*
- Трепонемные – для подтверждения положительных нетрепонемных тестов*
- Исследование СМЖ по показаниям при наличии симптомов нейросифилиса <sup>1,4,6</sup>.

Все больные сифилисом должны быть протестированы на ВИЧ. При отрицательном результате рекомендуется повторное тестирование через 3 месяца.

## **6.1.6. ЛЕЧЕНИЕ**

### **6.1.6.1. ЛЕЧЕНИЕ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ**

*- лечение первичного, вторичного и раннего скрытого сифилиса*

*Схемы лечения:*

- Бензатина бензилпенициллин – 2,4 млн. ЕД внутримышечно, однократно. Препарат вводят по 1,2 млн. ЕД в каждую ягодицу, двухмоментно, используя две одноразовые иглы (Ib, A) <sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 600 тыс. ЕД внутримышечно, 1 раз в сутки в течение 10 дней (III, B) <sup>4,6</sup>.

*Альтернативные схемы лечения:*

- Доксициклин – 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14 дней (III, B) <sup>4,6</sup> или
- Эритромицин – 500 мг перорально 4 раза в сутки в течение 14 дней (III, B) <sup>4,6</sup> или
- Азитромицин – 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней (III, B) или
- Цефтриаксон – 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней (III, B) <sup>4,6</sup> или
- Амоксициллин – 500 мг перорально 1 раз в сутки + пробеницид\* 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14 дней (III, B) <sup>4,6</sup>.

По альтернативным не содержащим пенициллины схемам лечения доступно меньшее количество данных.

Эффективность однократного введения дозы цефтриаксона или азитромицина подтверждена ограниченным количеством данных.

### **6.1.6.2. ЛЕЧЕНИЕ НА ВТОРИЧНОМ И ТРЕТИЧНОМ УРОВНЯХ**

*- лечение позднего скрытого, висцерального, гуммозного сифилиса*

*Схемы лечения*

- Бензатина бензилпенициллин – 2,4 млн. ЕД. внутримышечно 1 раз в неделю, на курс 3



инъекции. Препарат вводят по 1,2 млн. ЕД. в каждую ягодичку, двухмоментно, используя 2 одноразовые иглы (**Ib, B**)<sup>4,5,6</sup> или

- Бензилпенициллин прокаин – 600 тысяч ЕД. внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 17 дней (**III, B**)<sup>4,5,6</sup>.

#### *Альтернативные схемы лечения*

- Доксциклин – 100 мг по 2 капсулы (200 мг) перорально 2 раза в сутки в течение 28 дней (**IV, C**)<sup>4,5,6</sup> или
- Цефтриаксон – 2,0 г внутримышечно (с лидокаином в качестве растворителя) или внутривенно (с водой для инъекции в качестве растворителя) 1 раз в сутки в течение 10-14 дней (**III, B**)<sup>4,5,6</sup> или
- Амоксициллин – 2,0 г перорально 2 раза в сутки + пробеницид \*500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 28 дней (**III, C**)<sup>4,5,6</sup> (\*- пробенецид на фарм. рынке в Кыргызской Республике отсутствует).

Другие альтернативные схемы включают [amoxicillin](#) (3,0 грамма 2 раза в день) плюс [probenecid](#) (0,5 – 1,0 грамм перорально) в течение 14 дней или [doxycycline](#) (200 мг перорально 2 раза в день) в течение 21 дня. Эти схемы не рекомендованы CDC и не считаются стандартом лечения. Их следует оставить в резерве для исключительных случаев.

Кроме того, Probenecid противопоказан пациентам с аллергией на сульфаниламидные препараты.

#### *Лечение нейросифилиса*

##### *Схемы лечения*

- Бензилпенициллина–натриевая соль – суточная доза 24 млн. ЕД. Препарат вводят по 12 млн. ЕД. внутривенно капельно в течение 1,5-2 часов в 400 мл изотонического раствора 2 раза в сутки в течение 10-14 дней (**III, C**)<sup>4,5,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 1,8-2,4 млн. ЕД. внутримышечно 1 раз в сутки + пробенецид\* 500 мг перорально 4 раза в сутки в течение 10-14 дней (**III, C**)<sup>4,5,6</sup> (\*- пробенецид на фарм. рынке в Кыргызской Республике отсутствует) или
- Бензилпенициллина–натриевая соль – суточная доза 18-24 млн. ЕД. Препарат вводят по 3-4 млн. ЕД. внутримышечно каждые 4 часа в течение 10-14 дней (**III, C**)<sup>4,5,6</sup>.

##### *Альтернативные схемы*

- Доксциклин – 100 мг по 2 капсулы (200 мг) перорально 2 раза в сутки в течение 28 дней (**IV, C**)<sup>4,5,6</sup> или
- Цефтриаксон – 2,0 г внутримышечно (с лидокаином в качестве растворителя) или внутривенно (с водой для инъекций в качестве растворителя) один раз в сутки в течение 10-14 дней (**IV, C**)<sup>4,5,6</sup>.

Пенициллин является единственным препаратом, эффективность которого в лечении нейросифилиса доказана. CDC одобряет только две терапевтические схемы лечения водным раствором кристаллического пенициллина G и пенициллином G прокаином.

*Лечение гуммозного, всех форм висцерального и нейросифилиса проводится совместно с терапевтом, кардиологом, окулистом, невропатологом, отоларингологом, психиатром и др. специалистами. Рентгенологическое и УЗИ внутренних органов – по показаниям*<sup>4,5,6</sup>.

### **6.1.7. КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ** <sup>1,4,6</sup>

- Больные **первичным серонегативным** сифилисом подлежат ежеквартальному клинико-серологическому контролю в течение 6 месяцев (РМП или RPR);
- Больные **первичным серопозитивным** сифилисом подлежат клинико-серологическому контролю в течение 1 года с обследованием через 3, 6 и 12 месяцев (РМП или RPR). При негативации RPR или РМП во время лечения или в первые 3 месяца после его окончания, или титр антител снизился в 4 и более раз, могут быть сняты с учёта до истечения 1 года наблюдения. *Стойкое сохранение положительной серологической реакции без тенденции к снижению титра антител или его росту в течение года после окончания лечения, является показанием для проведения дополнительного курса лечения и обследования на ВИЧ.*
- В связи с тем, что отсутствие эффекта лечения может привести к нераспознанному инфекционному поражению ЦНС, следует оценить целесообразность исследования спинномозговой жидкости. Для повторного курса лечения рекомендуется применение инъекций Бензатин-пенициллина в дозировке по 2,4 млн. в/м 1 раз в неделю в течение 3 недель.
- Больные **вторичным и ранним скрытым сифилисом** подлежат клинико-серологическому наблюдению в течение 1 года с обследованием через 3, 6, 12 и 24 месяца (РМП или RPR). При негативации RPR или РМП во время лечения или в первые 3 месяца после его окончания, или титр антител снизился в 4 и более раз, больные подлежат снятию с учёта до истечения 1 года наблюдения;
- Больные **поздним скрытым сифилисом** <sup>1,4,5,6</sup> Рекомендуется диспансерное наблюдение в течение 3 лет. Клинико-серологическое обследование (РМП или RPR) проводят через 3, 6, 12 месяцев в первый год и каждые 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года наблюдения. Рентгенологическое исследование внутренних органов и костно-суставной системы по показаниям. Консультация у узких специалистов 1 раз в год.
- **Больные гуммозным, висцеральным и нейросифилисом** <sup>1,4,5,6</sup>. Рекомендуется диспансерное наблюдение в течение 3 лет. Клинико-серологическое обследование (РМП или RPR) проводят через 3, 6, 12 месяцев в первый год и каждые 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года наблюдения. Для больных нейросифилисом: исследование СМЖ 1 раз в год в течение 3 лет. Если количество лейкоцитов не уменьшилась через 6 месяцев, или количество клеток и протеина не нормализовалось в течение 2 лет наблюдения, рекомендуется повторное лечение. Рентгенологическое исследование внутренних органов и костно-суставной системы по показаниям. Консультация у узких специалистов 1 раз в год.

Стойкое сохранение положительных серологических реакций без тенденции к снижению титра антител или их росту к концу первого года наблюдения после окончания лечения является показанием для проведения дополнительного курса лечения.

### **6.1.8. КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ** <sup>1,4,5,6</sup>:

- Отсутствие клинических проявлений;
- Отрицательные результаты серологических реакций RPR или РМП сыворотки крови и СМЖ (при нейросифилисе) или снижение титра антител в 4 и более раз.

## 6.2. ВРОЖДЁННЫЙ СИФИЛИС <sup>1,4,5,6</sup>

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ <sup>1,4,5,6</sup>

Врождённый сифилис – инфицирование плода бледной трепонемой антенатально трансплацентарным путём от больной сифилисом матери.

- Заражение плода происходит преимущественно на 4-5 месяце беременности.
- Подразделяется на:
  - ранний врождённый сифилис;
  - поздний врождённый сифилис.

### 6.2.1. РАННИЙ ВРОЖДЁННЫЙ СИФИЛИС <sup>1,4,6</sup>

Ранний врожденный сифилис проявляется у детей в возрасте до 2-х лет включительно<sup>4,6</sup>.

### КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ <sup>1,2,4,6</sup>

- **Поражения кожи и слизистых оболочек** проявляются в виде типичных вторичных сифилидов;
- Появляются **симптомы, характерные для раннего врождённого сифилиса:**
  - сифилитическая пузырчатка;
  - сифилитический ринит;
  - диффузная воспалительная инфильтрация гортани (фарингит);
  - диффузная папулезная инфильтрация в области носогубного треугольника и подбородка, кожи ладоней, подошв, ягодиц и бёдер;
  - диффузная инфильтрация вокруг рта сопровождается появлением глубоких трещин, при заживлении которых на всю жизнь остаются радиарные рубцы Робинсона-Фурнье;
- **Поражения костной системы:**
  - остеохондриты трубчатых костей;
  - периоститы;
  - фалангиты;
  - внутриметафизарные переломы (псевдопаралич Парро);
- **Специфическое поражение органов зрения:**
  - хориоретинит – характерно образование по периферии глазного дна точечных пигментаций желтоватого цвета – симптом «соли и перца»;
  - атрофия зрительных нервов;
- **Поражения висцеральных органов:**
  - гепатоспленомегалия;
  - гломерулонефрит;
  - миокардит;
  - орхит – уплотнение и увеличение яичек;
  - белая пневмония (диффузная интерстициальная) – встречается у нежизнеспособных или мертворождённых детей;
- **Изменения со стороны нервной системы:**
  - беспричинный монотонный крик (симптом Систо);
  - ригидность затылочных мышц;
  - судороги;
  - тремор конечностей;
  - мышечный гипертонус;
  - снижение физиологических рефлексов;

- гиподинамия или возбуждение;
- энцефалопатия;
- менингиты и менингомиелиты;
- гидроцефалия;
- задержка психического развития;
- косоглазие и др.

### 6.2.1.1. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Для диагностики раннего врождённого сифилиса необходима:

- **Микроскопия нативного препарата в тёмном поле** для выявления бледной трепонемы в клинических образцах: исследование серозного отделяемого с поверхности эрозий, мацерированных, эрозированных папул или бляшек, содержимого пузырей **(III, В)** <sup>3,4,6</sup>.
- **Постановка серологических реакций** сыворотки крови (а не крови из пуповины) <sup>4,6</sup> в сочетаниях:
  - RPR (VDRL) **(IV, С)** <sup>3,4,6</sup> + ИФА (ELSA) **(III, В)** <sup>3,4,6</sup> или
  - RPR (VDRL) **(IV, С)** <sup>3,4,6</sup> + РИФ (FTA) **(III, В)** <sup>3,4,6</sup> или
  - РМП **(IV, С)** <sup>3</sup> + ИФА (ELSA) **(III, В)** <sup>3,4,6</sup> или
  - РМП **(IV, С)** <sup>3+</sup> РИФ (FTA) **(III, В)** <sup>3,4,6</sup>.
- **Исследование СМЖ** на цитоз, уровень белка и глобулинов и постановка серологических реакций по показаниям. <sup>4,6</sup>.

*Лечение раннего врождённого сифилиса проводится совместно с педиатром, окулистом, невропатологом, отоларингологом и необходимо провести рентгенологическое исследование трубчатых костей.*

#### Комментарии <sup>4,6</sup>:

- Положительный результат ИФА (Ig G) у новорождённого может быть результатом пассивной передачи антител от матери, получившей полноценный курс специфического лечения. Негативация ИФА (Ig G) наступает на 6 месяце жизни ребёнка без назначения лечения <sup>4,6</sup>.
- Превышение титра антител серологических реакций RPR (VDRL) или РМП у новорожденного в 2 и более раз, чем титра у матери, расценивается как инфицирование ребёнка и выставляется диагноз «Врождённый сифилис» <sup>4,6</sup>.

### 6.2.1.2. ЛЕЧЕНИЕ НА ВТОРИЧНОМ И ТРЕТИЧНОМ УРОВНЯХ

#### Схемы лечения

- Бензилпенициллина-натриевая соль – 100-150 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутривенно каждые 12 часов в первые 7 дней жизни ребёнка, затем каждые 8 часов в последующие дни. Курс лечения – 10 дней **(III, В)** <sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллина-натриевая соль – 100 тыс. ЕД./кг веса (в возрасте до 1 года) или 50 тыс. ЕД./кг веса (в возрасте старше 1 года) – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно каждые 4 часа в течение 10 дней **(III, В)** <sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин 50 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 10 дней **(III, В)** <sup>4,6</sup>

*Детям более предпочтительна внутривенная терапия, так как внутримышечные инъекции болезненны <sup>4,6</sup>.*

### *Альтернативные схемы*

- Эритромицин – 7,5-12,5 мг/кг веса – суточная доза. Препарат принимается перорально 4 раза в сутки, в течение 30 дней. **Назначается детям со второго месяца жизни (IV, С)** <sup>1,4,6</sup> или
- Цефтриаксон – 80 мг/кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 10 дней (IV, С) <sup>4,5,6</sup>.

### **6.2.2. ПОЗДНИЙ ВРОЖДЁННЫЙ СИФИЛИС** <sup>4,5,6</sup>

Поздний врождённый сифилис проявляется у детей старше 2 лет <sup>4,5,6</sup>.

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ** <sup>1,2,4,5,6</sup>

Клиническая картина активного позднего врождённого сифилиса аналогична третичному сифилису:

- **На коже и слизистых оболочках** появляются гуммозные и бугорковые элементы, не отличающиеся от сифилидов третичного периода;
- **Поражение костно-суставной системы:**
  - ограниченные или диффузные гуммозные периоститы;
  - остеопериоститы;
  - остеомиелиты;
  - гониты;
- **Поражение внутренних органов:**
  - увеличение, уплотнение, бугристость печени и селезенки;
  - фиброзные изменения в почках, надпочечниках и яичках;
- **Поражение нервной системы:**
  - хронический менингит;
  - поражения сосудов головного мозга – образование специфических инфильтратов в сосудах вплоть до облитерации;
  - эпилепсия;
- **Поражение органов зрения:**
  - хориоретинит;
  - ирит;
  - иридоциклит;
  - паренхиматозный кератит;
- **Достоверные клинические признаки (безусловные) – триада Гетчинсона:**
  - паренхиматозный кератит,
  - лабиринтная глухота;
  - зубы Гетчинсона.
- **Вероятные клинические признаки:**
  - саблевидные голени;
  - радиарные рубцы Робинсона-Фурнье;
  - сифилитический хориоретинит;
  - «ягодицеобразный» череп;
  - «седловидный» нос;
- **Стигмы и дистрофии:**
  - утолщение грудинного конца ключицы, чаще справа;
  - высокое «готическое» твердое нёбо;
  - «инфантильный мизинец» – симптом Дюбуа-Гиссара;

- отсутствие мечевидного отростка грудины – *аксифоидизм* – симптом Авситидийского;
- «олимпийский» лоб – увеличение лобных и теменных бугров черепа;
- гипертрихоз;
- широко расставленные верхние резцы;
- наличие пятого бугорка на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти – бугорок Карабелли.

### 6.2.2.1. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА <sup>3,4,5,6</sup>

Для диагностики позднего врождённого сифилиса необходима:

- Постановка серологических реакций сыворотки крови в сочетаниях:
  - RPR (VDRL) (IV, C) <sup>3,4,5,6</sup> + ИФА (ELSA) (III, B) <sup>3,4,5,6</sup> или
  - RPR (VDRL) (IV, C) <sup>3,4,5,6</sup> + РПГА (ТРНА) (III, B) <sup>3,4,5,6</sup> или
  - РМП (IV, C) <sup>3</sup> + ИФА (ELSA) (III, B) <sup>3,4,5,6</sup> или
  - РМП (IV, C) <sup>3</sup> + РПГА (ТРНА) (III, B) <sup>3,4,5,6</sup>;
- **Исследование СМЖ** на цитоз, уровень белка и глобулинов и постановка серологических реакций по показаниям <sup>4,5,6</sup>.

*Лечение позднего врождённого сифилиса проводится совместно с педиатром, окулистом, невропатологом (психоневрологом), отоларингологом и необходимо провести рентгенологическое исследование костно-суставной системы, УЗИ внутренних органов по показаниям <sup>4,5,6</sup>.*

### 6.2.2.2. ЛЕЧЕНИЕ НА ВТОРИЧНОМ И ТРЕТИЧНОМ УРОВНЯХ

#### *Схемы лечения*

- Бензилпенициллина-натриевая соль – 50 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутривенно каждые 4 -6 часов в течение 10 дней (III, B) <sup>4,5,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 50 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней (III, B) <sup>4,5,6</sup> или
- Бензатин пенициллин – 50 тыс. ЕД /кг в/м однократно 1 раз в 7 дней, на курс 3 инъекции.

#### *Альтернативные схемы*

- Эритромицин – 7,5-12,5 мг/кг веса – суточная доза. Препарат принимается перорально 4 раза в сутки в течение 28 дней (IV, C) <sup>4,5,6</sup> или
- Цефтриаксон – 80 мг/кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10-14 дней (IV, C) <sup>4,5,6</sup>.

### 6.2.3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЁННЫХ <sup>4,6</sup>

- Дети, родившиеся от нелечённых матерей, больных сифилисом, подлежат профилактическому лечению **по схеме раннего врождённого сифилиса**, даже при отсутствии клинических, серологических, рентгенологических признаков заболевания.
- Дети, родившиеся от матерей, у которых лечение было незаконченным или после полного курса лечения серологические реакции к моменту родов оставались положительными, подлежат лечению по следующим схемам:
  - Бензилпенициллина-натриевая соль – 100 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно каждые 4 часа в сутки в течение 10 дней (III, B) <sup>4,6</sup> или
  - Бензилпенициллин прокаин – 50 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 10 дней (III, B) <sup>4,6</sup> или

- Бензатин пенициллин – 50 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно 1 раз в неделю, на курс лечения 2 инъекции. **Бензатин-пенициллин не рекомендуется назначать детям весом менее 2 кг (III, В) <sup>4,6</sup>.**

#### **6.2.4. КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ <sup>4,6</sup>**

- Дети, получившие специфическое лечение по поводу раннего или позднего врождённого сифилиса, подлежат клинико-серологическому наблюдению в течение 3-х лет. Клинико-серологическое обследование (РМП или RPR) проводят через 3, 6, 12 месяцев в первый год и каждые 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года наблюдения.
- Дети, получившие лечение по поводу приобретённого сифилиса, подлежат клинико-серологическому наблюдению как взрослые;
- Дети, получившие профилактическое лечение, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 1 года с обследованием (РМП или RPR) ежеквартально;
- Дети, рождённые матерями, болевшими сифилисом, не подлежат клинико-серологическому обследованию и наблюдению в тех случаях, когда у матери после полноценного специфического лечения произошла стойкая негативация серологических реакций RPR или РМП в течение года до наступления беременности.
- Дети, матери которых получили профилактическое лечение во время беременности (в том числе и матери с серорезистентностью), при отсутствии клинических, серологических и рентгенологических признаков заболевания не подлежат профилактическому лечению, но остаются под наблюдением в течение 1 года с обследованием (RPR или РМП) ежеквартально.
- Если дети, родившиеся от матерей, болевших сифилисом, впервые обследуются в возрасте старше 1 года, то при отрицательных результатах серологических реакций лечению и наблюдению не подлежат.

---

### **7. ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА У БЕРЕМЕННЫХ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ <sup>4,6</sup>**

Специфическое лечение беременных проводится по общепринятым схемам в зависимости от установленного диагноза. **Противопоказано назначение доксициклина <sup>4,6</sup>.**

- Все беременные подлежат обследованию на сифилис при первичном визите к врачу-гинекологу <sup>4,6</sup>;
- При заражении плода бледной трепонемой возможны следующие исходы беременности <sup>4,6</sup>:
  - самопроизвольный аборт (преимущественно в поздние сроки беременности);
  - преждевременные роды;
  - мертворождение;
  - рождение ребёнка с врождённым сифилисом;
- У женщин, не получивших полноценный курс специфического лечения до или во время беременности, вероятность рождения детей с врождённым сифилисом составляет 70-100%, а мёртворождение отмечается в 1/3 случаев <sup>4,6</sup>;
- Лечение сифилиса в III-м триместре беременности и высокий титр антител RPR (VDRL) у матери на момент родов являются факторами риска рождения ребёнка с врождённым сифилисом <sup>4,6</sup>;
- Женщины, получившие полноценный курс специфического лечения до наступления беременности, не подлежат лечению во время текущей и последующих беременностях, если <sup>4,6</sup>:
  - отсутствуют активные клинические проявления сифилиса ;
  - серологическая реакция RPR (VDRL) отрицательная или титр антител снизился в 4 и

- более раз по сравнению с предыдущими результатами;
- Однократная доза бензатинпенициллина эффективна в большинстве случаев, но возможен неблагоприятный исход лечения, если у матери титр антител RPR (VDRL) на момент лечения был очень высоким или лечение начато в III-м триместре беременности. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности изменяют фармакокинетику лекарственных средств и могут принести к понижению концентрации пенициллина в крови. По этой причине, если лечение беременной начинается в III-м триместре, то вторую дозу бензатинпенициллина (профилактическое лечение) рекомендуется назначить через неделю после первой дозы <sup>4,6</sup>;
  - Эритромицин, азитромицин плохо проникают через плацентарный барьер, поэтому после лечения матери макролидами новорожденного необходимо пролечить пенициллином <sup>4,6</sup>;
  - Беременные, получающие лечение по поводу сифилиса, должны находиться под наблюдением врача-гинеколога (контроль за внутриутробным развитием плода) <sup>4,6</sup>.
- 

## 8. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ <sup>4,6</sup>

Профилактическое лечение беременных, получивших полный курс специфического лечения до или во время беременности, проводится по показаниям в III-м триместре беременности с целью профилактики врождённого сифилиса.

### *Схемы лечения*

- Бензатин пенициллин – 2,4 млн. ЕД. внутримышечно, однократно, двухмоментно. Препарат вводится по 1,2 млн. ЕД в каждую ягодицу, используя две одноразовые иглы (**II, A**) <sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 600 тыс. ЕД. внутримышечно, 1 раз в сутки в течение 10 дней (**III, B**)<sup>4,6</sup>.

### *Альтернативные схемы лечения*

- Эритромицин – 500 мг перорально 4 раза в сутки в течение 14 дней (**III, B**) <sup>4,6</sup> или
  - Азитромицин – 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней (**III, B**) <sup>4,6</sup> или
  - Цефтриаксон – 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней (**III, B**) <sup>4,6</sup> или
  - Амоксициллин – 500 мг перорально 1 раз в сутки + пробеницид\* 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14 дней (**III, B**) <sup>4,6</sup> (\*- пробенецид на фарм. рынке в Кыргызской Республике отсутствует)
- 

## 9. ВЕДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ <sup>4,5,6</sup>

- Все половые партнёры пациента подлежат клинико-серологическому обследованию.
  - В случае пациентов с первичным сифилисом обследованию подлежат половые партнёры в течение 3 месяцев (продолжительность инкубационного периода сифилиса до 90 дней);
  - В случае пациентов со вторичным (клиническими рецидивами) и ранним скрытым сифилисом обследованию подлежат половые партнёры в течение 2 лет (продолжительность этих периодов до 2 лет от момента заражения);
  - Половые партнёры или лица, имевшие тесный бытовой контакт (в основном, дети) с пациентами с ранними формами сифилиса, подлежат превентивному лечению, если от момента контакта прошло не более 3 месяцев и серологические реакции отрицательные;
  - Во время лечения рекомендуется воздержание от половой жизни или использование презервативов при любом виде половых контактов.
-



## 10. ПРЕВЕНТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРТНЕРОВ <sup>4,6</sup>:

### *Схемы лечения*

- Бензатин пенициллин – 2,4 млн. ЕД. внутримышечно однократно, двухмоментно. Препарат вводится по 1,2 млн. ЕД в каждую ягодицу, используя две одноразовые иглы **(Ib, B)** <sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 600 тыс. ЕД. внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup>.

### *Альтернативные схемы лечения*

- Доксициклин – 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Эритромицин – 500 мг перорально 4 раза в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Азитромицин – 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)** или
- Цефтриаксон – 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Амоксициллин – 500 мг перорально 1 раз в сутки + пробеницид \*500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup>. (\*- пробенецид на фарм. рынке в Кыргызской Республике отсутствует)

---

## 11. ПРЕВЕНТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИПИЕНТОВ <sup>4,6</sup>

Превентивное лечение реципиентов, которым перелита кровь больных сифилисом, проводится в срок не позднее 2 месяцев от момента переливания.

### *Схемы лечения*

- Бензатин пенициллин – 2,4 млн. ЕД. внутримышечно однократно, двухмоментно. Препарат вводится по 1,2 млн. ЕД в каждую ягодицу, используя две одноразовые иглы, 1 раз в неделю. **(Ib, A)** <sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 600 тыс. ЕД. внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup>.

### *Альтернативные схемы лечения*

- Доксициклин – 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Эритромицин – 500 мг перорально 4 раза в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Азитромицин – 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Цефтриаксон – 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Амоксициллин – 500 мг перорально 1 раз в сутки + пробеницид \*500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> (\*- пробенецид на фарм. рынке в Кыргызской Республике отсутствует).

### **11.1. КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ <sup>4,6</sup>**

- Лица, получившие превентивное лечение, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 6 месяцев с обследованием RPR или РМП ежеквартально;
- Если от момента контакта с больным сифилисом прошло от 3 до 4 месяцев, то проводится 2-х кратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 1 месяц;
- Если от момента контакта с больным сифилисом прошло более 4 месяцев, то проводится однократное клинико-серологическое обследование.

## 12. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ <sup>4,5,6</sup>

Лечению в условиях стационара подлежат больные следующими формами сифилиса:

- висцеральным;
  - нейросифилисом;
  - врождённым;
  - дети с приобретённым сифилисом.
- Больные висцеральным, нейросифилисом подлежат лечению в специализированных отделениях лечебных учреждений (терапевтическом, кардиологическом, глазном, неврологическом, психоневрологическом);
  - Дети с врождённым сифилисом подлежат лечению в отделении патологии новорождённых ГДКБ СМП (городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи) в г. Бишкек, а в других областях – в детских отделениях областных или территориальных больниц.
  - Специфическое лечение назначается врачом-дерматовенерологом.
- 

## 13. СИФИЛИС И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ <sup>1,4,5,6,8</sup>

На основании приказа №202 от 12.05.2008 г. «О проведении лабораторной диагностики, противоэпидемических мероприятий и наблюдения при ВИЧ-инфекции в ЛПО КР» лица, страдающие ИППП (в том числе сифилисом) обследуются на ВИЧ-инфекцию <sup>8</sup>:

- при выявлении заболевания;
- через 6 месяцев;
- при снятии с учёта.

На фоне угнетения клеточного и гуморального иммунитета у ЛЖВ может изменяться классическое течение сифилиса <sup>1,4,5,6</sup>. Возможно:

- быстрое прогрессирование заболевания;
- повышение риска развития висцерального и нейросифилиса – ни одна из схем лечения не является эффективной в предотвращении развития нейросифилиса <sup>4,5,6</sup>;
- неэффективность проведения одного курса противосифилитического лечения. Необходимо назначение дополнительного лечения;
- появление тяжёлых атипичных форм, по клиническим признакам напоминающим другие заболевания:
  - пиодермии;
  - микозы;
  - кератодермии ладоней и подошв;
  - псориаз;
  - гранулёз Вегенера;
  - болезнь Крона;
  - лимфаденопатический симптомокомплекс.

### *Схемы лечения <sup>4,5,6</sup>*

Лечение сифилиса у пациентов с ВИЧ-инфекцией проводится согласно существующим схемам лечения в зависимости от стадии заболевания. Назначение дополнительного курса лечения по показаниям.

### **13.1. КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ <sup>4,5,6</sup>**

Проводится согласно клинико-серологическому контролю в зависимости от стадии заболевания сифилисом.

---

## 14. УЧЁТ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ <sup>7</sup>

На основании приказа №270 от 21.05.2010 г. «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передающихся половым путём, кожных заболеваний и лепры» <sup>7</sup>:

- учёту подлежат больные с впервые в жизни установленным диагнозом «Сифилис»;
- регистрация осуществляется по месту выявления случая заболевания;
- на каждый случай сифилиса подаётся экстренное извещение (форма 058/у):
  - в г. Бишкек – в Республиканский центр дерматовенерологии (РЦДВ);
  - в г. Ош и Ошской области – в Ошский межобластной центр дерматовенерологии (ОМЦДВ);
  - в Джалал-Абадской, Баткенской и др. областях координаторам по дерматовенерологии;
  - Министерство внутренних дел, Министерство обороны, Министерство юстиции и др. – в медицинские службы соответствующих ведомств.
- Ежемесячно каждое первое число ЛПО, оказывающие услуги по диагностике и лечению ИППП (независимо от форм собственности), подают суммарный отчёт по форме №1 «Отчёт об инфекционных и паразитарных заболеваниях» – в районный (городской) центр госсанэпиднадзора.

---

## 15. КОММЕНТАРИИ К ЛЕЧЕНИЮ <sup>4,5,6</sup>

- Предпочтительно пероральному парентеральное лечение, так как гарантируется биодоступность препаратов;
- Должен быть достигнут трепонемоцидный уровень антибактериального препарата в сыворотке крови и СМЖ (при нейросифилисе). Уровень пенициллина  $> 0,018$  мг/л считается трепонемоцидным, но максимальный эффект достигается при концентрации пенициллина 0,36 мг/л. Длительность трепонемоцидного действия антибактериальных препаратов должна быть не менее 7 суток при ранних формах сифилиса;
- При поздних формах сифилиса рекомендуется более длительное лечение с учётом более медленного деления (размножения) бледных трепонем (продолжительность периода деления бледных трепонем при ранних формах сифилиса составляет 30-33 часа);
- Эритромицин является наименее эффективным лекарственным средством, так как незначительно проникает через гемато-энцефалический и плацентарный барьеры;
- Лечение доксициклином в дозе по 100 мг (200 мг) перорально 2 раза в сутки в течение 14 дней – эффективно;
- Назначение цефтриаксона эффективно, так как он проникает через гемато-энцефалический барьер;
- По мнению некоторых авторов есть сомнения благоприятного исхода лечения азитромицином, так как некоторые штаммы бледных трепонем нечувствительны к макролидам; Азитромицин используется только при непереносимости доксициклина или пенициллина. Азитромицин нельзя назначать беременным.
- Важную роль играет иммунный ответ организма на внедрение бледных трепонем. При ранних формах сифилиса у 60% нелечившихся больных поздние осложнения не развиваются. Доказано, что бензатин-пенициллин и прокаин-пенициллин незначительно проникают через гемато-энцефалический барьер и не достигают трепонемоцидного уровня в СМЖ. Но развитие поздних форм сифилиса (включая нейросифилис) наблюдается редко при лечении пациентов бензатинпенициллином или прокаин-пенициллином при ранних формах сифилиса.
- При сифилисе сердечно-сосудистой системы патологические изменения могут прогрессировать, несмотря на адекватное лечение. Все пациенты с сифилисом сердечно-

- сосудистой системы подлежат обязательной консультации кардиолога;
- Чтобы *предотвратить возможные последствия температурной реакции Яриша-Герксгеймера* рекомендуется назначение стероидов (преднизалона) за 24 часа до начала специфического лечения (IV, С).
- Вопрос ведения пациентов с гуммоznыми поражениями жизненно важных органов должен решаться с соответствующими специалистами.

### **15.1. КОММЕНТАРИИ К РЕАКЦИЯМ НА ЛЕЧЕНИЕ** <sup>4,5,6</sup>

При назначении специфического лечения пациента необходимо предупредить о возможном появлении реакций организма на лекарственные средства.

- **Температурная реакция Яриша-Герксгеймера** – ответная реакция организма на токсины, выделяющиеся при массовой гибели бледных трепонем под действием антибиотиков после первой дозы:
  - развивается через 2-6 часов после введения первой дозы антибиотика;
  - как правило, не проявляется после последующих введений лекарственных средств;
  - сохраняется в течение 10-12 часов;
  - характерные признаки: острая лихорадка, головная боль, миалгии, озноб.

При поздних формах сифилиса (мезоартит, вследствие которого развивается аневризма аорты, недостаточность аортальных клапанов, поражение гортани, нервной системы, зрительных нервов и др.) острая гипертермия организма может вызвать тяжёлые осложнения и быть угрозой для жизни.

Температурная реакция Яриша-Герксгеймера во время беременности может быть причиной самопроизвольных абортов или преждевременных родов.

Во избежание тяжёлых осложнений ряд авторов рекомендует назначение преднизалона (IV, С) по схеме: преднизалон 40-60 мг внутримышечно ежедневно в течение 3 суток. Первая доза назначается за 24 часа до начала антитрепонемоцидного лечения;

Рекомендуется назначение жаропонижающих средств.

- **Анафилактический шок**
  - Пациент должен находиться в здании клиники в течение 15-30 минут после первой инъекции;
  - рекомендовать пациенту обратиться за немедленной медицинской помощью в случае появления следующих клинических симптомов: удушье, затруднение глотания, отёчности лица, шеи, появление уртикарных высыпаний и др.

*Процедурный кабинет должен быть оснащён аптечкой для оказания первой медицинской помощи при анафилактическом шоке.*

**Клинический протокол  
по лечению сифилиса для всех уровней здравоохранения  
Кыргызской Республики**

**ЛЕЧЕНИЕ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ**

*- лечение первичного, вторичного и раннего скрытого сифилиса*

*Схемы лечения:*

- Бензатина бензилпенициллин – 2,4 млн. ЕД. внутримышечно, однократно. Препарат вводят по 1,2 млн. ЕД в каждую ягодицу, двухмоментно, используя две одноразовые иглы **(Ib, A)**<sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 600 тыс. ЕД. внутримышечно, 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)**<sup>4,6</sup>.

*Альтернативные схемы лечения:*

- Доксициклин – 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14 дней **(III, B)**<sup>4,6</sup> или
- Эритромицин – 500 мг перорально 4 раза в сутки в течение 14 дней **(III, B)**<sup>4,6</sup> или
- Азитромицин – 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)**<sup>4,6</sup> или
- Цефтриаксон – 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)**<sup>4,6</sup> или
- Амоксициллин – 500 мг перорально 1 раз в сутки + пробеницид\* 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14 дней **(III, B)**<sup>4,6</sup>. (\*- пробенецид на фарм. рынке в Кыргызской Республике отсутствует)

По альтернативным не содержащим пенициллины схемам лечения доступно меньшее количество данных.

Эффективность однократного введения дозы цефтриаксона или азитромицина подтверждена ограниченным количеством данных.

**ЛЕЧЕНИЕ НА ВТОРИЧНОМ И ТРЕТИЧНОМ УРОВНЯХ**

*- лечение позднего скрытого, висцерального, гуммозного сифилиса*

*Схемы лечения*

- Бензатина бензилпенициллин – 2,4 млн. ЕД. внутримышечно 1 раз в неделю, на курс 3 инъекции. Препарат вводят по 1,2 млн. ЕД. в каждую ягодицу, двухмоментно, используя 2 одноразовые иглы **(Ib, B)**<sup>4,5,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 600 тысяч ЕД. внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 17 дней **(III, B)**<sup>4,5,6</sup>.

*Альтернативные схемы лечения*

- Доксициклин – 100 мг по 2 капсулы (200 мг) перорально 2 раза в сутки в течение 28 дней **(IV, C)**<sup>4,5,6</sup> или
- Цефтриаксон – 2,0 г внутримышечно (с лидокаином в качестве растворителя) или внутривенно (с водой для инъекции в качестве растворителя) 1 раз в сутки в течение 10-14 дней **(III, B)**<sup>4,5,6</sup> или  
Амоксициллин – 2,0 г перорально 2 раза в сутки + пробеницид \*500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 28 дней **(III, C)**<sup>4,5,6</sup> (\*- пробенецид на фарм. рынке в Кыргызской Республике отсутствует).

Другие альтернативные схемы включают amoxicillin (3,0 грамма 2 раза в день) плюс probenecid (0,5 – 1,0 грамм перорально) в течение 14 дней или doxycycline (200 мг перорально 2 раза в день) в течение 21 дня. Эти схемы не рекомендованы CDC и не считаются стандартом лечения. Их следует оставить в резерве для исключительных случаев.

Кроме того, Probenecid противопоказан пациентам с аллергией на сульфаниламидные препараты.

### *Лечение нейросифилиса*

#### *Схемы лечения*

- Бензилпенициллина–натриевая соль – суточная доза 24 млн. ЕД. Препарат вводят по 12 млн. ЕД. внутривенно капельно в течение 1,5-2 часов в 400 мл изотонического раствора 2 раза в сутки в течение 10-14 дней (**III, C**)<sup>4,5,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 1,8-2,4 млн. ЕД. внутримышечно 1 раз в сутки + пробенецид\* 500 мг перорально 4 раза в сутки в течение 10-14 дней (**III, C**)<sup>4,5,6</sup> (\*- пробенецид на фарм. рынке в Кыргызской Республике отсутствует) или
- Бензилпенициллина–натриевая соль – суточная доза 18-24 млн. ЕД. Препарат вводят по 3-4 млн. ЕД. внутримышечно каждые 4 часа в течение 10-14 дней (**III, C**)<sup>4,5,6</sup>.

#### *Альтернативные схемы лечения*

- Доксциклин – 100 мг по 2 капсулы (200 мг) перорально 2 раза в сутки в течение 28 дней (**IV, C**)<sup>4,5,6</sup> или
- Цефтриаксон – 2,0 г внутримышечно (с лидокаином в качестве растворителя) или внутривенно (с водой для инъекций в качестве растворителя) один раз в сутки в течение 10-14 дней (**IV, C**)<sup>4,5,6</sup>.

Пенициллин является единственным препаратом, эффективность которого в лечении нейросифилиса доказана. CDC одобряет только две терапевтические схемы лечения водным раствором кристаллического пенициллина G и пенициллином G прокаином.

*Лечение гуммозного, всех форм висцерального и нейросифилиса проводится совместно с терапевтом, кардиологом, окулистом, невропатологом, отоларингологом, психиатром и др. специалистами. Рентгенологическое и УЗИ внутренних органов – по показаниям*<sup>4,5,6</sup>.

### **КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ**<sup>1,4,6</sup>

- Больные **первичным серонегативным** сифилисом подлежат ежеквартальному клинико-серологическому контролю в течение 6 месяцев (РМП или RPR);
- Больные **первичным серопозитивным** сифилисом подлежат клинико-серологическому контролю в течение 1 года с обследованием через 3, 6 и 12 месяцев (РМП или RPR). При негативации RPR или РМП во время лечения или в первые 3 месяца после его окончания, или титр антител снизился в 4 и более раз, могут быть сняты с учёта до истечения 1 года наблюдения. *Стойкое сохранение положительной серологической реакции без тенденции к снижению титра антител или его росту в течение года после окончания лечения, является показанием для проведения дополнительного курса лечения и обследования на ВИЧ.*
- В связи с тем, что отсутствие эффекта лечения может привести к нераспознанному инфекционному поражению ЦНС, следует оценить целесообразность исследования спинномозговой жидкости. Для повторного курса лечения рекомендуется применение инъекций бензатин-пенициллина в дозировке по 2,4 млн. в/м 1 раз в неделю в течение 3 недель.

- Больные **вторичным и ранним скрытым сифилисом** подлежат клинико-серологическому наблюдению в течение 1 года с обследованием через 3, 6, 12 и 24 месяца (РМП или RPR). При негативации RPR или РМП во время лечения или в первые 3 месяца после его окончания, или титр антител снизился в 4 и более раз, больные подлежат снятию с учёта до истечения 1 года наблюдения;
- Для больных **поздним скрытым сифилисом**<sup>1,4,5,6</sup>. Рекомендуется диспансерное наблюдение в течение 3 лет. Клинико-серологическое обследование (РМП или RPR) проводят через 3, 6, 12 месяцев в первый год и каждые 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года наблюдения. Рентгенологическое исследование внутренних органов и костно-суставной системы по показаниям. Консультация у узких специалистов 1 раз в год.
- Для больных **гуммозным, висцеральным и нейросифилисом**<sup>1,4,5,6</sup> рекомендуется диспансерное наблюдение в течение 3 лет. Клинико-серологическое обследование (РМП или RPR) проводят через 3, 6, 12 месяцев в первый год и каждые 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года наблюдения. Для больных нейросифилисом: исследование СМЖ 1 раз в год в течение 3 лет. Если количество лейкоцитов не уменьшилась через 6 месяцев, или количество клеток и протеина не нормализовалось в течение 2 лет наблюдения, рекомендуется повторное лечение. Рентгенологическое исследование внутренних органов и костно-суставной системы по показаниям. Консультация у узких специалистов 1 раз в год.

Стойкое сохранение положительных серологических реакций без тенденции к снижению титра антител или их росту к концу первого года наблюдения после окончания лечения является показанием для проведения дополнительного курса лечения.

#### ***КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ***<sup>1,4,5,6</sup>:

- Отсутствие клинических проявлений;
- Отрицательные результаты серологических реакций RPR или РМП сыворотки крови и СМЖ (при нейросифилисе) или снижение титра антител в 4 и более раз.

### **ВРОЖДЁННЫЙ СИФИЛИС**

К врожденному сифилису относятся:

- ранний врождённый сифилис (проявляется у детей в возрасте до 2-х лет включительно);
- поздний врождённый сифилис (проявляется у детей старше 2 лет).

#### ***МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО ВРОЖДЁННОГО СИФИЛИСА НА ВТОРИЧНОМ И ТРЕТИЧНОМ УРОВНЯХ***

##### ***Схемы лечения***

- Бензилпенициллина-натриевая соль – 100-150 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутривенно каждые 12 часов в первые 7 дней жизни ребёнка, затем каждые 8 часов в последующие дни. Курс лечения – 10 дней **(III, В)**<sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллина-натриевая соль – 100 тыс. ЕД./кг веса (в возрасте до 1 года) или 50 тыс. ЕД./кг веса (в возрасте старше 1 года) – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно каждые 4 часа в течение 10 дней **(III, В)**<sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин 50 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 10 дней **(III, В)**<sup>4,6</sup>.

*Детям более предпочтительна внутривенная терапия, так как внутримышечные инъекции болезненны*<sup>4,6</sup>.

### *Альтернативные схемы лечения*

- Эритромицин – 7,5-12,5 мг/кг веса – суточная доза. Препарат принимается перорально 4 раза в сутки, в течение 30 дней. **Назначается детям со второго месяца жизни (IV, С)** <sup>1,4,6</sup> или
- Цефтриаксон – 80 мг/кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 10 дней (IV, С) <sup>4,5,6</sup>.

## **МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЁННОГО СИФИЛИСА НА ВТОРИЧНОМ И ТРЕТИЧНОМ УРОВНЯХ**

### *Схемы лечения*

- Бензилпенициллина-натриевая соль – 50 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутривенно каждые 4-6 часов в течение 10 дней (III, В) <sup>4,5,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 50 тыс. ЕД./кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней (III, В) <sup>4,5,6</sup> или
- Бензатин пенициллин – 50 тыс. ЕД /кг в/м однократно 1 раз в 7 дней, на курс 3 инъекции.

### *Альтернативные схемы лечения*

- Эритромицин – 7,5-12,5 мг/кг веса – суточная доза. Препарат принимается перорально 4 раза в сутки в течение 28 дней (IV, С) <sup>4,5,6</sup> или
- Цефтриаксон – 80 мг/кг веса – суточная доза. Препарат вводится внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10-14 дней (IV, С) <sup>4,5,6</sup>.

## **КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ** <sup>4,6</sup>

- Дети, получившие специфическое лечение по поводу раннего или позднего врождённого сифилиса, подлежат клинико-серологическому наблюдению в течение 3-х лет. Клинико-серологическое обследование (РМП или RPR) проводят через 3, 6, 12 месяцев в первый год и каждые 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года наблюдения.
- Дети, получившие лечение по поводу приобретённого сифилиса, подлежат клинико-серологическому наблюдению как взрослые;
- Дети, получившие профилактическое лечение, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 1 года с обследованием (РМП или RPR) ежеквартально;
- Дети, рождённые матерями, болевшими сифилисом, не подлежат клинико-серологическому обследованию и наблюдению в тех случаях, когда у матери после полноценного специфического лечения произошла стойкая негативация серологических реакций RPR или РМП в течение года до наступления беременности.
- Дети, матери которых получили профилактическое лечение во время беременности (в том числе и матери с серорезистентностью), при отсутствии клинических, серологических и рентгенологических признаков заболевания не подлежат профилактическому лечению, но остаются под наблюдением в течение 1 года с обследованием (RPR или РМП) ежеквартально.
- Если дети, родившиеся от матерей, болевших сифилисом, впервые обследуются в возрасте старше 1 года, то при отрицательных результатах серологических реакций лечению и наблюдению не подлежат

**Специфическое лечение беременных проводится по общепринятым схемам в зависимости от установленного диагноза. Противопоказано назначение доксициклина.**



## **МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ**

Профилактическое лечение беременных, получивших полный курс специфического лечения до или во время беременности, проводится по показаниям в III-м триместре беременности с целью профилактики врождённого сифилиса.

### **Схемы лечения**

- Бензатин пенициллин – 2,4 млн. ЕД. внутримышечно, однократно, двухмоментно. Препарат вводится по 1,2 млн. ЕД в каждую ягодицу, используя две одноразовые иглы **(Ib, A)** <sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 600 тыс. ЕД. внутримышечно, 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup>.

### **Альтернативные схемы лечения**

- Эритромицин – 500 мг перорально 4 раза в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Азитромицин – 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Цефтриаксон – 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Амоксициллин – 500 мг перорально 1 раз в сутки + пробеницид\* 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> (\*- пробеницид на фарм. рынке в Кыргызской Республике отсутствует)

## **ВЕДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ** <sup>4,5,6</sup>

- Все половые партнёры пациента подлежат клинико-серологическому обследованию.
- В случае пациентов с первичным сифилисом обследованию подлежат половые партнёры в течение 3 месяцев (продолжительность инкубационного периода сифилиса до 90 дней);
- В случае пациентов со вторичным (клиническими рецидивами) и ранним скрытым сифилисом обследованию подлежат половые партнёры в течение 2 лет (продолжительность этих периодов до 2 лет от момента заражения);
- Половые партнёры или лица, имевшие тесный бытовой контакт (в основном, дети) с пациентами с ранними формами сифилиса, подлежат превентивному лечению, если от момента контакта прошло не более 3 месяцев и серологические реакции отрицательные;
- Во время лечения рекомендуется воздержание от половой жизни или использование презервативов при любом виде половых контактов.

## **МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ**

### **ПРЕВЕНТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРТНЕРОВ**

#### **Схемы лечения**

- Бензатин пенициллин – 2,4 млн. ЕД. внутримышечно однократно, двухмоментно. Препарат вводится по 1,2 млн. ЕД в каждую ягодицу, используя две одноразовые иглы **(Ib, B)** <sup>4,6</sup> или
- Бензилпенициллин прокаин – 600 тыс. ЕД. внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup>.

#### **Альтернативные схемы лечения**

- Доксициклин – 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Эритромицин – 500 мг перорально 4 раза в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Азитромицин – 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Цефтриаксон – 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup> или
- Амоксициллин – 500 мг перорально 1 раз в сутки + пробеницид \*500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14 дней **(III, B)** <sup>4,6</sup>.

## **ИНДИКАТОРЫ ВНЕДРЕНИЯ РУКОВОДСТВА «ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА»**

### **Индикаторы вложения:**

1. Процент медицинских учреждений первичного уровня (ЦСМ), оснащенных оборудованием и тестами для серологических исследований на сифилис (RPR, РМП).
2. Процент медицинских учреждений вторичного и третичного уровней, оснащённых оборудованием и тестами для серологических исследований на сифилис (RPR, РМП, РПГА, РИФ, ИФА).
3. Процент врачей ЛПО, прошедших обучение по клиническим руководствам и протоколам 2010-2012 гг. по диагностике, лечению и профилактике ИППП.

### **Индикаторы процесса:**

1. Процент пациентов с клиническими проявлениями сифилиса, обратившихся в ЛПО, где нет лабораторного оснащения, которым назначено синдромное лечение в соответствии с КП (2005 г.).
2. Процент амбулаторных карт пациентов с сифилисом, в которых имеются записи о половых контактах.
3. Процент амбулаторных карт пациентов с сифилисом, в которых имеются записи о лечении половых партнеров.
4. Процент амбулаторных карт пациентов с сифилисом, в которых есть результат тестирования на ВИЧ.
5. Процент амбулаторных карт пациентов с сифилисом, где лечение не соответствует клиническому протоколу.
6. Процент амбулаторных карт пролеченных от сифилиса пациентов, в которых есть запись о получении средств индивидуальной профилактики ИППП (презервативы) и/или информации о профилактике ИППП.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней, 2008 г. Под редакцией: А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти, перевод с английского, МЕДпресс-информ ISBN-5-98322-377-1;
2. Кожные болезни «Диагностика и лечение», 2007 г. Томас П.Хэбнар, перевод с английского. Под редакцией академика РАМН, профессора А.А. Курбановой, МЕДпресс-информ, 2007 г., ISBN-5-98322-290-2;
3. Практическое руководство по лабораторной диагностике сифилиса, гонореи и хламидиоза для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики – 2011 г. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Республиканский центр развития здравоохранения и информационных технологий КР, Республиканский центр дерматовенерологии. Руководство принято экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР №143 от 07.04.2011 г.;
4. UK National Guidelines on the Management of Early Syphilis. Clinical Effectiveness Group (Association for Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases);
5. UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008; M Kingston BMBS MRCP\*, P French MBChB FRCP†, B Goh FRCP‡, P Goold MBBS MRCP§, S Higgins FRCP\*\*, A Sukthankar FRCP\*, C Stott RGN BSc\*, A Turner MBChB FRCPath††, C Tyler RGN MSc‡ and H Young DSc FRCPath‡‡  
\*Manchester Centre for Sexual Health, The Hathersage Centre, 280, Upper Brook Street, Manchester M13 0FH; †Department of Genitourinary Medicine, Mortimer Market Centre, Off Capper Street, London WC1E 6JB; ‡Department of Genitourinary Medicine, Ambrose King Centre, The Royal London Hospital, Turner Street, London E1 1BB; §Department of Genitourinary Medicine, Whittall Street Clinic, Whittall Street, B4 6DH; \*\*Department of Genitourinary Medicine, Outpatients Department, North Manchester General Hospital, Pennine Acute Hospitals NHS Trust, Crumpsall, Manchester M13 9WL; ††Department of Clinical Virology, Manchester Royal Infirmary, Oxford Road, Manchester M13 9WL; ‡‡Royal Infirmary of Edinburgh, 51 Little France Cr, Old Dalkeith Road, Edinburgh EH16 4SA, UK (the Syphilis Guidelines Revision Group 2008);
6. Приказ МЗ КР от 21.05.2010 г. №270 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передающихся половым путём, кожных заболеваний, лепры»;
7. Приказ МЗ КР от 12.05.2008 №202 «О проведении лабораторной диагностики, противоэпидемических мероприятий и наблюдения при ВИЧ-инфекции в ЛПО КР».

# ГОНОРЕЯ

## 1. КЛАССИФИКАЦИЯ ГОНОРЕИ

**А.54.0.** Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных и придаточных желез.

**А.54.1.** Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез.

**А.54.2.** Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов.

**А.54.3.** Гонококковая инфекция глаз.

**А.54.4.** Гонококковая инфекция костно-мышечной системы.

**А.54.5.** Гонококковый фарингит.

**А.54.6.** Гонококковая инфекция аноректальной области (заднего прохода и прямой кишки).

**А.54.8.** Другие гонококковые инфекции.

**А.54.9.** Гонококковая инфекция неуточненная.

---

## 2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ <sup>1-2</sup>

Гонорея – общее инфекционное заболевание, передающееся, как правило, половым путём, поражает, в первую очередь слизистые оболочки половых органов, выстланные цилиндрическим и железистым эпителием (уретру, цервикальный канал, нижнюю часть прямой кишки, конъюнктиву глаз и др.) и вызывается грамотрицательным диплококком *Neisseria gonorrhoeae*.

---

## 3. ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ:

Больной.

---

## 4. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ:

- половой (основной);
- бытовой (редко);
- перинатальный (при прохождении новорожденного через родовые пути)

---

## 5. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:<sup>1-2</sup>

### У мужчин:

- Обильные выделения из уретры (80%);
- Дизурия (50%);
- Бессимптомная картина (10%);
- Перианальные боли, дискомфорт (7%);
- Фарингеальная инфекция проявляется без симптомов (90%).

### У женщин:

- Обильные выделения из влагалища: (до 50%);
- Боли внизу живота (до 25%);
- Дизурия (12%);
- Ректальная инфекция проявляется бессимптомно;
- Фарингеальная инфекция проявляется бессимптомно (90%).

Гонококковой инфекции могут сопутствовать другие ИППП, особенно трихомониаз, кандидоз, хламидиоз. [ 4-6 ]

## 6. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

### 6.1. ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПЕРИУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

- боли в начале (конце) мочеиспускания от интенсивных, резких до умеренных;
- гнойные выделения из половых путей (обильные или скудные);
- отёк, гиперемия губок уретры, слизистой влагалища;
- затруднённое, учащённое мочеиспускание.

### 6.2. ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ ПЕРИУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Возможны вышеперечисленные клинические проявления плюс:

- **Литреит** – гиперемия и отек устьев желез (открытый и закрытый аденит – от зияния до плотных болезненных узелков);
- **Морганит** – воспаление лагун Морганьи. Проявление, сходное с литреитом, но отличается более крупными размерами и линейной формой;
- **Колликулит** – воспаление семенного бугорка. Характерные признаки: боль с иррадиацией вниз живота, верхнюю часть бёдер, поясницу, половой член, половые расстройства.
- **Тизонит** – воспаление тизониевых желез – мелкие узелки в подкожной клетчатке с одной или обеих сторон от уздечки полового члена. Характерные признаки: гиперемия, отёк, вплоть до абсцесса;
- **Парауретрит** – воспаление парауретральных ходов. Характерные признаки: гиперемия, отёчность, инфильтрация, при закупорке отверстия развивается абсцесс величиной до 2 см;
- **Переуретрит** – воспаление переуретральной клетчатки. Характерные признаки: плотный, болезненный инфильтрат в переуретральной клетчатке и кавернозном теле уретры, приводящий к затруднению мочеиспускания, искривлению полового члена, формированию абсцесса, фиброза и стриктуры уретры;
- **Бартолинит** – воспаление бартолиновой железы, которое может привести к абсцессу;
- **Эндоцервицит** – воспаление цервикального канала. Характерные признаки: отёк, гиперемия шейки матки;
- **Лимфаденит** – воспаление регионарных лимфатических узлов.

### 6.3. ГОНОКОККОВЫЙ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ И ДРУГАЯ ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- **Пельвиоперитонит** – воспаление брюшины в области малого таза. Характерные признаки: боли внизу живота, повышение температуры тела до 39°C, напряжение брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- **Сальпингоофорит** – воспаление маточных труб и яичников. Характерные признаки: острые боли внизу живота, повышение температуры тела до 38-39°C, тошнота, дизурия, слизисто-гнойные выделения из влагалища, нарушение менструального цикла. Хронический процесс ведёт к бесплодию из-за развития спаек и внематочной беременности;
- **Эндометриит** – воспаление слизистой оболочки матки. Характерные признаки:

схваткообразные боли внизу живота, повышение температуры тела до 39°C, нарушение менструального цикла, маточные кровотечения, обильные слизисто-гнойные выделения из влагалища;

- **Куперит** – воспаление бульбоуретральных желез. Характерные признаки: боль в промежности, усиливающаяся при дефекации, движении, повышение температуры тела, нарушение мочеиспускания, вплоть до острой задержки мочи;
- **Простатит** – воспаление предстательной железы. Характерные признаки: повышение температуры тела, пульсирующие боли в промежности, увеличение размеров и уплотнение предстательной железы, парестезии в области промежности, прямой кишки, крестца, дизурические явления, расстройства половой функции;
- **Везикулит** – воспаление семенных пузырьков. При острой форме – вплоть до эмпиемы, при хронической – напоминает симптомы простатита.
- **Эпидидимит** – воспаление придатков яичек. Характерные признаки: резкие боли в области яичек, повышение температуры тела до 39-40°C, гиперемия, отёк мошонки.
- **Орхоэпидидимит** – поражение придатка и яичка. Симптомы как при эпидидимите.

#### 6.4. ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ГЛАЗ

- **Гонорея глаз** – развивается при заносе инфекции руками; у новорожденных при прохождении через родовые пути больной матери или внутриутробно. Характерные признаки: сильный отек век, гноеотечение, светобоязнь, кровоточивость резко гиперемизированной конъюнктивы. Тяжелым осложнением является поражение роговой оболочки с развитием язв или прободения.

#### 6.5. ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

- **Гонokokковый артрит** - Характерные признаки: поражение 2-3 крупных суставов с гиперемией, отеком, болезненностью в острой фазе и в дальнейшем анкилозирование или остеомиелит.

#### 6.6. ГОНОКОККОВЫЙ ФАРИНГИТ

- **Орофарингеальная гонорея** – поражение преимущественно слизистой миндалин и глотки. Характерные признаки: гиперемия, отек слизистой, гнойный налет на миндалинах, регионарный лимфоденит, умеренная болезненность, возможны гингивит и стоматит.

#### 6.7. ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ (ЗАДНЕГО ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ)

- **Гонорейный проктит** – поражение нижней трети прямой кишки. Характерные признаки: тенезмы, запоры, выделения из прямой кишки.

#### 6.8. ДРУГИЕ ГОНОКОККОВЫЕ ИНФЕКЦИИ (ДИССЕМИНИРОВАННАЯ ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ)

Диссеминированная гоноккокковая инфекция развивается при гематогенном распространении возбудителя из первичного очага в кожу, суставы и другие органы. Она проявляется лихорадкой, высыпаниями на руках и ногах (петехии и пустулы), мигрирующей артралгией, тендовагинитом, артритом. Иногда развивается гепатит, крайне редко-инфекционный эндокардит или менингит.

## 7. ДИАГНОСТИКА <sup>37</sup>

Материал для исследования: отделяемое уретры, цервикального канала, секрет половых желез, смывы из прямой кишки, из лакун миндалин, с задней стенки глотки, отделяемое из глаз.

### 7.1. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ГОНОРЕЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ <sup>37</sup>

Пациенты	Показания
Мужчины	Гнойные выделения из уретры; симптомы дизурии, а также мужчины с симптомами эпидидимита.
Женщины	Вагинальные и /или цервикальные выделения, симптомы дизурии, симптомы цервицита, аднексита, сальпингита, сексуально активные лица, имеющие много половых партнеров, лица занимающиеся коммерческим сексом.
Новорожденные	Новорожденные от матерей, больных гонорейной инфекцией во время беременности и не получившие лечение до родов, а также новорожденные с симптомами конъюнктивита.
Другие показания	Половой контакт с больным гонорейной инфекцией- при обследовании на другие ИППП.

### 7.2. МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

#### НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

- Микроскопический (бактериоскопический) (II, B) – основной метод диагностики гонореи у мужчин с симптомами. Чувствительность и специфичность у мужчин с симптомами 90-95%;
- Молекулярно-биологический (ПЦР) (II, C) - является одним из методов диагностики.

#### НА ВТОРИЧНОМ И ТРЕТИЧНОМ УРОВНЯХ

- Микроскопический (бактериоскопический) (II, B) – используется как на первичном так и на вторичном, третичном уровнях;
- Культуральный (бактериологический) (II, B) – применяется для постановки диагноза для мужчин и женщин без симптомов, детей. Чувствительность 72-95 % у пациентов с симптомами; у бессимптомных 65-85%, очень важен, в случае резистентности к антибиотикам;
- Молекулярно-биологический (ПЦР) (II, C) – является одним из методов диагностики.

Скрининг сопутствующих ИППП (сифилис, ВИЧ, вирусные гепатиты В, С) должен выполняться у пациентов с гонореей или с риском возникновения гонореи методом ИФА, ПЦР (III; C), <sup>[3-12, 14]</sup>, а также у беременных.

## 8. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ К ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГУ, УРОЛОГУ, ГИНЕКОЛОГУ, ПЕДИАТРУ

- Восходящая гонорея у мужчин и женщин;
- Гонорея у детей, новорожденных;
- Гонорейный артрит;
- Осложненная гонорея.

---

## 9. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

### Все осложненные формы гонорей:

- Абсцесс бартолиновой железы;
- Эндометрит;
- Пельвиоперитонит;
- Сальпингоофарит;
- Орхоэпидидимит;
- Гонорея у детей, новорожденных.

---

## 10. ЛЕЧЕНИЕ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ <sup>[3-14-20]</sup>

### 10.1. ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

- уретрит;
- эндоцервицит;
- проктит.

При подтверждении гонококковой инфекции нужно планомерно и эмпирически лечить хламидийную инфекцию (подтверждение хламидиоза не обязательно). Межд. руководства рекомендуют комбинированную терапию учитывая частую микстинфекцию.

#### Схемы лечения

- Цефтриаксон – 250 мг внутримышечно, однократно (II;A) или
- Спектиномицин – 2,0 г внутримышечно, однократно (II, A)  
**плюс лечение хламидий:**
- Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней (II, A) или
- Азитромицин 1,0 г перорально, однократно (II, A).

#### Альтернативная схема

- Цефотаксим – 500 мг внутримышечно, однократно (II;A) или
- Цефиксим – 400 мг перорально, однократно (II; A)

### 10.2. ФАРИНГЕАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ

#### Схемы лечения <sup>15, 31</sup>

- Цефтриаксон (Ceftriaxone) – 250 мг внутримышечно в виде однократной дозы (B).



### **10.3. ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГОНОРЕИ У БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН <sup>[28-30]</sup>**

#### ***Схемы лечения***

- Цефтриаксон – 250 мг внутримышечно, однократно (IV, C) или
- Спектиномицин – 2,0 г внутримышечно, однократно (II, A).

#### ***Альтернативная схема***

- Цефиксим – 400 мг перорально, однократно (II, A).

Госпитализация здесь излишня. При воспалительных заболеваниях малого таза необходима госпитализация и более агрессивное лечение. Такая же схема и для кормящих женщин.

Беременным противопоказано назначение препаратов тетрациклинового ряда и фторхинолонов.

У беременных необходимо повторить тест на излечимость: как минимум через 2 недели после окончания курса лечения.

## **11. ЛЕЧЕНИЕ НА ВТОРИЧНОМ И ТРЕТИЧНОМ УРОВНЯХ**

### **11.1. ПОДЛЕЖАТ ОСЛОЖНЕННЫЕ И ДИССЕМНИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ГОНОРЕИ:**

- эндометрит;
- абсцесс бартолиновой железы;
- сальпингоофарит;
- орхоэпидидимит;
- пельвиоперитонит.
- гонорея у детей, новорожденных

#### ***Схемы лечения***

- Цефтриаксон – 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа (II, A) или
- Спектиномицин – 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов (II, A) или
- Цефотаксим – 1,0 г внутривенно каждые 12 часов (II, A).

Терапия данными препаратами должна продолжаться не менее 24-48 часов после исчезновения клинических симптомов, после чего лечение может быть продолжено цефиксимом по 400 мг 2 раза в день, перорально, в течение 7 дней (II, A).

### **11.2. ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

#### ***Схемы лечения***

- Цефтриаксон – из расчета 25-50 мг на 1 кг веса ребенка внутримышечно или внутривенно, не более 125 мг, однократно (II, A) или
- Цефотаксим – из расчета 100 мг на 1 кг веса ребенка внутримышечно, однократно (II, A).

### **11.3. ПРОФИЛАКТИКА ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

Всем новорожденным, сразу после рождения, проводится обработка одним из следующих препаратов:

- 1% глазная тетрациклиновая мазь, однократно;
- 0,5% глазная эритромициновая мазь, однократно.

### **11.4. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ (ДАЖЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ)**

#### *Схемы лечения*

- Цефтриаксон – из расчета 50 мг на 1 кг веса ребенка внутримышечно, но не более 125 мг, однократно (II, A)
- 

## **12. ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

#### *Схемы лечения*

- Цефтриаксон – 125 мг внутримышечно, однократно для детей с массой тела менее 45 кг. Детям с массой тела 45 кг и более лечение проводится в соответствии с рекомендуемыми методами для лечения взрослых, с учетом соответствующих противопоказаний (II, A) или
  - Цефотаксим – из расчета 100 мг на 1 кг веса ребенка внутримышечно, однократно (II, A).
- 

## **13. ВЕДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ**

Ведение половых партнеров – консультирование, обследование, лечение. При невозможности лабораторных исследований рекомендуется провести лечение.

**Лечение гонококковой инфекции у ВИЧ-инфицированных лиц и больных туберкулезом проводится согласно существующих схем.**

---

## **14. КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ**

Отсутствие субъективных и объективных симптомов заболевания;  
Если у пациента после полноценного лечения симптомы сохраняются рекомендовано обследование методом ПЦР или методом культуральной диагностики. Инфекция, выявленная после лечения, чаще свидетельствует о повторном заражении [4-34].

---

## **15. ПРОФИЛАКТИКА ГОНОРЕИ**

- Изменение сексуального поведения (безопасный секс);
- Обследование и лечение половых партнеров;
- При невозможности лабораторных исследований рекомендуется провести лечение.

**Клинический протокол  
по лечению гонореи для всех уровней здравоохранения  
Кыргызской Республики**

**ЛЕЧЕНИЕ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ**

**ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА  
БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ**

- уретрит;
- эндоцервицит;
- проктит.

При подтверждении гонококковой инфекции нужно планомерно и эмпирически лечить хламидийную инфекцию (подтверждение хламидиоза не обязательно). Межд. руководства рекомендуют комбинированную терапию учитывая частую микстинфекцию.

*Схемы лечения*

- Цефтриаксон – 250 мг внутримышечно, однократно (II;A) или
- Спектиномицин – 2,0 г внутримышечно, однократно (II, A)  
**плюс лечение хламидий:**
- Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней (II, A) или
- Азитромицин 1 г перорально, однократно (II, A).

*Альтернативная схема*

- Цефотаксим – 500 мг внутримышечно, однократно (II;A) или
- Цефиксим – 400 мг перорально, однократно (II; A).

**ФАРИНГЕАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ**

*Схемы лечения*<sup>15, 31</sup>

Цефтриаксон (Ceftriaxone) – 250 мг внутримышечно в виде однократной дозы (B).

**ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГОНОРЕИ У БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ  
ЖЕНЩИН**<sup>[28-30]</sup>

*Схемы лечения*

- Цефтриаксон – 250 мг внутримышечно, однократно (IV, C) или
- Спектиномицин – 2,0 г внутримышечно, однократно (II, A).

*Альтернативная схема*

- Цефиксим – 400 мг перорально, однократно (II; A).

Госпитализация здесь излишня. При воспалительных заболеваниях малого таза необходима госпитализация и более агрессивное лечение. Такая же схема и для кормящих женщин.

Беременным противопоказано назначение препаратов тетрациклинового ряда и фторхинолонов.

У беременных необходимо повторить тест на излечимость: как минимум через 2 недели после окончания курса лечения.

## ***ЛЕЧЕНИЕ НА ВТОРИЧНОМ И ТРЕТИЧНОМ УРОВНЯХ***

### ***ПОДЛЕЖАТ ОСЛОЖНЕННЫЕ И ДИССЕМНИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ГОНОРЕИ:***

- эндометрит;
- абсцесс бартолиновой железы;
- сальпингоофарит;
- орхоэпидидимит;
- пельвиоперитонит;
- гонорея у детей, новорожденных.

#### ***Схемы лечения***

- Цефтриаксон -1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа (II, A) или
- Спектиномицин – 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов (II, A) или
- Цефотаксим – 1,0 г внутривенно каждые 12 часов (II, A).

Терапия данными препаратами должна продолжаться не менее 24-48 часов после исчезновения клинических симптомов, после чего лечение может быть продолжено цефиксимом по 400 мг 2 раза в день, перорально, в течение 7 дней (II, A).

### ***ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ***

- Цефтриаксон – из расчета 25-50 мг на 1 кг веса ребенка внутримышечно или внутривенно, не более 125 мг, однократно (II, A) или
- Цефотаксим – из расчета 100 мг на 1 кг веса ребенка внутримышечно, однократно (II, A)

### ***ПРОФИЛАКТИКА ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ***

Всем новорожденным, сразу после рождения, проводится обработка одним из следующих препаратов:

- 1% глазная тетрациклиновая мазь, однократно;
- 0,5% глазная эритромициновая мазь, однократно.

### ***ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ (ДАЖЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ)***

- Цефтриаксон – из расчета 50 мг на 1 кг веса ребенка внутримышечно, но не более 125 мг, однократно (II, A)

## **ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

- Цефтриаксон – 125 мг внутримышечно, однократно для детей с массой тела менее 45 кг. Детям с массой тела 45 кг и более лечение проводится в соответствии с рекомендуемыми методами для лечения взрослых, с учетом соответствующих противопоказаний **(II, A)** или
- Цефотаксим – из расчета 100 мг на 1 кг веса ребенка внутримышечно, однократно **(II, A)**

## **ВЕДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ**

Консультирование, обследование, лечение. При невозможности лабораторных исследований рекомендуется провести лечение.

**Лечение гонококковой инфекции у ВИЧ-инфицированных лиц и больных туберкулезом** проводится согласно существующих схем.

## **КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ**

Отсутствие субъективных и объективных симптомов заболевания;  
Если у пациента после полноценного лечения симптомы сохраняются рекомендовано обследование методом ПЦР или методом культуральной диагностики. Инфекция, выявленная после лечения, чаще свидетельствует о повторном заражении [4-34].

## **ПРОФИЛАКТИКА ГОНОРЕИ**

- Изменение сексуального поведения (безопасный секс);
- Обследование и лечение половых партнеров;
- При невозможности лабораторных исследований рекомендуется провести лечение.

**ИНДИКАТОРЫ ВНЕДРЕНИЯ РУКОВОДСТВА  
«ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ»**

**Индикаторы вложения:**

1. Процент медицинских учреждений первичного уровня, оснащенных оборудованием и реактивами для исследования на гонорею методом бактериоскопии.
2. Процент медицинских учреждений вторичного и третичного уровня, оснащенных оборудованием и реактивами для исследований на гонорею (бактериоскопия, культуральный, молекулярно-биологический (ПЦР) методы)
3. Процент ЛПО, где врачи прошли обучение по клиническим руководствам и протоколам 2010-2012 гг. по диагностике, лечению и профилактике ИППП.

**Индикаторы процесса:**

1. Процент пациентов с клиническими проявлениями уретрита, обратившихся в ЛПО, где нет лабораторного оснащения, которым назначено синдромное лечение в соответствии с КП (2005 г.).
2. Процент амбулаторных карт пациентов с гонореей, в которых имеются записи о половых контактах.
3. Процент амбулаторных карт пациентов с гонореей, в которых имеются записи о лечении половых партнеров.
4. Процент амбулаторных карт пациентов с гонореей, в которых есть результат тестирования на ВИЧ .
5. Процент амбулаторных карт пациентов с гонореей, в которых имеются записи о получении информации о профилактике ИППП и/или средств индивидуальной профилактики ИППП (презервативы).
6. Процент амбулаторных карт пациентов, которым назначено лечение, не соответствующее клиническому протоколу.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Sherrard J, Barlow D. Gonorrhoea in men: clinical and diagnostic aspects. *Genitourin Med* 1996; 72: 422-426.
2. Barlow D, Phillips I. Gonorrhoea in women: diagnostic, clinical and laboratory aspects. *Lancet* 1978; i: 761-764.
3. Sexually Transmitted Diseases (STD): Netherlands Guidelines 1997.
4. Lewis DA, Bond M, Butt KD, Smith CP, Shafi MS, Murphy SM. A one-year survey of gonococcal infection seen in the genitourinary medicine department of a London district general hospital. *Int J STD AIDS* 1999; 10: 588-594.
5. Jephcott AE. Microbiological diagnosis of gonorrhoea. *Genitourin Med* 1997; 73: 245-252.
6. Van Dyck E, Ieven M, Pattyn S, Van Damme L, Laga M. Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by enzyme immunoassay, culture and three nucleic acid amplification tests. *J Clin Microbiol* 2001; 39: 1751-1756.
7. Cook RL, Hutchison SL, Ostergaard L, Braithwaite RS, Ness RB. Systematic Review: Non-invasive testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. *Ann Intern Med* 2005; 142: 914-925.
8. Young H, Manavi K, McMillan A. Evaluation of ligase chain reaction for the non-cultural detection of rectal and pharyngeal gonorrhoea in men who have sex with men. *Sex Trans Infect* 2003; 79: 484-486.
9. Page-Shafer K, Graves A, Kent C, Bals JE, Zapitz VM, Klausner JD. Increased sensitivity of DNA amplification testing for the detection of pharyngeal gonorrhoea in men who have sex with men. *Clinical Infectious Diseases* 2002; 34: 173-176.
10. Palmer H, Mallinson H, Wood RL, Herring AJ. Evaluation of the specificities of five DNA amplification methods for the detection of *Neisseria gonorrhoeae*. *J Clin Microbiol* 2003; 41: 835-837.
11. Katz AR, Effler PV, Ohye RG, et al. False-positive gonorrhoea test results with a nucleic acid amplification test: the impact of low prevalence on positive predictive value. *Clin Infect Dis* 2004; 38: 814-819.
12. FitzGerald M, Bedford C. National standards for the management of gonorrhoea. *Int J STD AIDS* 1996; 7: 298-300.
13. Ghanem M, Radcliffe K, Allan P. The role of urethral samples in the diagnosis of gonorrhoea in women. *Int J STD AIDS* 2004; 15: 45-47.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51 (No. RR-6): 36-42.
15. Bignell CJ. Antibiotic treatment of gonorrhoea - clinical evidence for choice. *Genitourin Med* 1996; 72: 315-320.
16. Echols RM, Heyd A, O'Keefe BJ, Schacht P. Single-dose ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated gonorrhoea: a worldwide summary. *Sex Trans Dis* 1994; 21: 345-352.
17. Korting HC, Kollman M. Effective single dose treatment of uncomplicated gonorrhoea. *Int J of STD AIDS* 1994; 5: 239-243.
18. Moran JS, Zenilman JM. Therapy for gonococcal infections: options in 1989. *Rev Infect Dis* 1990; 12 (suppl 6): S633-644.
19. Moran JS, Levine WC. Drugs of choice for the treatment of uncomplicated gonococcal infections. *Clin Infect Dis* 1995; 20 (suppl 1): S47-65.
20. Moran JS. Ciprofloxacin for gonorrhoea - 250mg or 500mg? *Sex Trans Dis* 1996; 23: 165-167.
21. HPA. GRASP The Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme—Annual Report 2004. London: Health Protection Agency, August 2005. Available at:

[http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/hiv\\_and\\_sti/sti-gonorrhoea/publications/GRASP\\_2004\\_Annual\\_Report.pdf](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/sti-gonorrhoea/publications/GRASP_2004_Annual_Report.pdf).

22. Fenton KA, Ison CA, Johnson AP, Rudd E, Soltani M, Martin I, et al. Ciprofloxacin

resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in England and Wales in 2002. *Lancet* 2003; 361: 1867-69.

23. Forsyth A, Moyes A, Young H. Increased ciprofloxacin resistance in gonococci isolated in Scotland. *Lancet* 2000; 356: 1984-5.

24. Novak E, Paxton LM, Tubbs HJ, Turner LF, Keck CW, Yatsu J. Orally administered

cefepodoxime proxetil for the treatment of uncomplicated gonococcal urethritis in males: a dose-response study. *Antimicrob Agents Chemother* 1992; 36: 1764-1765.

25. Handsfield HH, Dalu ZA, Martin DH, et al. Multicenter trial of single-dose azithromycin vs ceftriaxone in the treatment of uncomplicated gonorrhoea. *Sex Trans Dis* 1994; 21: 107-111.

26. Young H, Moyes A, McMillan A. Azithromycin and erythromycin resistant *Neisseria gonorrhoeae* following treatment with azithromycin. *Int J STD AIDS* 1997; 8: 299-302.

27. Tapsall JW, Schultz TR, Limnios EA, Donovan B, Lum G, Mulhall BP. Failure of azithromycin therapy in gonorrhoea and dis correlation with laboratory parameters. *Sex Trans Dis* 1998; 25:505-508.

28. Brocklehurst P. Interventions for treating gonorrhoea in pregnancy. Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

29. Cavenee MR, Farris JR, Spalding TR, Barnes DL, Castaneda YS, Wendel GD. Treatment of gonorrhea in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 33-38.

30. Ramus RM, Sheffield JS, Mayfield JA, Wendel GD. A randomised trial that compared oral cefixime and intramuscular ceftriaxone for the treatment of gonorrhoea in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:629-32.

31. Moran JS. Treating uncomplicated *Neisseria gonorrhoeae* infections: is the anatomic site of infection important? *Sex Trans Dis* 1995; 22: 39-47.

32. Fitzgerald M, Thirlby D, Bell G, Bedford C. National standards for contact tracing in gonorrhoea. *Int J STD AIDS* 1996; 7: 301.

33. Holland TM, Hussey J, Pattman RS, Sankar KN, Faldon CM. Audit of gonorrhoea test of cure at the genitourinary medicine department in Newcastle upon Tyne, UK. *Int J STD AIDS* 2003; 14: 630-631.

34. Komolafe AJ, Sugunendran H, Corkill JE. Gonorrhoea: test of cure for sensitive bacteria? Use of genotyping to disprove treatment failure. *Int J STD AIDS* 2004; 15: 212.

35. Bachmann LH, Desmond RA, Stephens J, Hughes A, Hook EW 3rd. Duration of persistence of gonococcal DNA detected by ligase chain reaction in men and women following recommended therapy for uncomplicated gonorrhoea. *J Clin Microbiol* 2002; 40: 3596-601.

36. Low N, Welch J, Radcliffe K. Developing national outcome standards for the management of gonorrhoea and genital chlamydia in genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect* 2004; 80: 223-229.

37. Практическое руководство по лабораторной диагностике сифилиса, гонореи и хламидиоза для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики – 2011 г. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Республиканский центр развития здравоохранения и информационных технологий КР, Республиканский центр дерматовенерологии. Руководство принято экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР №143 от 07.04.11 г.



# ХЛАМИДИОЗ

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДНК	Дезоксирибонуклеиновая кислота
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путём
ИФА	Иммуноферментный анализ
КМ	Культуральный метод
МАНК	Метод амплификации нуклеиновых кислот
МКБ-Х	Международная классификация болезней
РЦДВ	Республиканский центр дерматовенерологии
РНК	Рибонуклеиновая кислота
ПИФ	Прямая иммунофлюоресценция
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
УГХ	Урогенитальный хламидиоз
FDA	Food and Drug Administration

## 1. КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ CHLAMYDIA TRACHOMATIS В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ-Х) <sup>3</sup>

Таблица 2.

A55	Хламидийная лимфогранулема (венерическая)
A56	Другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем
A56.0	Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта – Хламидийный: цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит
A56.1	Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов – Хламидийный (ые): – эпидидимит (N51.1) – воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (N74.4) – орхит (N51.1)
A56.2	Хламидийная инфекция мочеполового тракта неуточненная
A56.3	Хламидийная инфекция аноректальной области
A56.4	Хламидийный фарингит
A56.8	Хламидийные инфекции, передающиеся половым путем, другой локализации Chlamydia trachomatis
A 74.0	Хламидийный конъюнктивит (N13.1)

---

## 2. ВВЕДЕНИЕ

Данное руководство создано с целью предоставления современной информации о клинике, диагностике и лечении хламидийной инфекции, передаваемой половым путем (ИППП) в Кыргызстане.

Хламидийная инфекция – инфекционное заболевание, передаваемое половым

путём, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*. *Chlamydia trachomatis* – грамотрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку Chlamydiales, семейству Chlamydiaceae, роду Chlamydia. Серотипы *Chlamydia trachomatis* А, В, Ва, С – возбудители трахомы; D-K - урогенитального хламидиоза; L1, L2, L3 – венерической лимфогранулёмы.

*Chlamydia trachomatis* является основным возбудителем урогенитальных инфекций среди сексуально активных подростков и людей молодого возраста. Основными осложнениями нелеченной урогенетальной хламидийной инфекции у женщин являются воспалительные заболевания органов малого таза (до 40%), что, в свою очередь, часто приводит к развитию трубного бесплодия или эктопической беременности. Нелеченная хламидийная инфекция во время беременности может приводить к развитию конъюнктивита или пневмонии у новорожденного. У мужчин последствием длительной нелеченной хламидийной инфекции является эпидидимит. Инфекции генитального тракта, вызванные *C. trachomatis*, независимо от пола пациента, могут приводить к реактивным артритам. Расходы национальных систем здравоохранения на лечение последствий хламидийной инфекции являются существенными. Исследования экономической эффективности в развитых странах показали, что лучшей стратегией в данном случае является диагностика и лечение первоначальной неосложненной инфекции. Однако, большинство случаев хламидийной инфекции, особенно у женщин, протекает бессимптомно. Это влечет за собой определенные трудности. На основании жалоб пациента и клинической картины нельзя поставить окончательный диагноз генитальной хламидийной инфекции, поэтому необходимо использовать эффективную лабораторную диагностику.

### 3. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА, ПОДЛЕЖАЩАЯ ОБСЛЕДОВАНИЮ

Лица с ИППП.

Таблица 1.

#### **ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ХЛАМИДИЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ <sup>2</sup>**

<b>Пациенты</b>	<b>Показания</b>
<b>Мужчины</b>	слизистые или слизисто-гнойные выделения из уретры; симптомы дизурии, а также мужчины младше 35 лет с симптомами эпидидимита
<b>Женщины</b>	цервикальные и/или вагинальные выделения; симптомы аднексита; сексуально активные лица, имеющие много половых партнеров в возрасте < 25 или лица, занимающиеся коммерческим сексом.
<b>Новорожденные</b>	новорожденные от матерей, больных хламидийной инфекцией во время беременности и не получивших лечение до родов, а также новорожденные с симптомами конъюнктивита
<b>Другие показания</b>	половой контакт с больным хламидийной инфекцией; при обследовании на другие ИППП; отягощённый акушерско-гинекологический анамнез; привычное невынашивание.

#### 4. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ <sup>2</sup>

- лица, занимающиеся коммерческим сексом;
- сексуально активные лица, имеющие много половых партнёров;
- ранее перенесенные ИППП;
- половой контакт с больным хламидийной инфекцией или/и уретритом/цервицитом.

#### 5. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА <sup>2</sup>

*Chlamydia trachomatis* передается главным образом при тесном контакте между слизистыми оболочками урогенитального тракта, анального канала или орофарингеальной области во время сексуального контакта. Новорожденные дети могут заразиться во время прохождения через инфицированные родовые пути, что приводит к развитию конъюнктивита или атипично протекающей пневмонии.

У мужчин инфекция чаще всего проявляется уретритом, у женщин она чаще всего вызывает развитие эндоцервицита. Бессимптомное течение инфекции наблюдается у мужчин приблизительно в 40-50% случаев, у женщин – в 70-80%. При отсутствии лечения восходящая хламидийная инфекция генитального тракта у женщин может приводить к транзиторному эндометриту и последующему воспалению и блокаде/дисфункции фаллопиевых труб, в результате чего могут возникнуть воспалительные заболевания органов малого таза, эктопическая беременность или бесплодие. Основные симптомы, клинические проявления и осложнения хламидийной инфекции представлены в Таблице 3.

Таблица 3.

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ <sup>2</sup>**

<b>Пациенты</b>	<b>Клинические симптомы</b>	<b>Клинические проявления</b>	<b>Осложнения</b>
<b>Женщины</b>	цервикальные и /или вагинальные слизистогнойные выделения; дизурия; боли внизу живота; нерегулярные вагинальные и/или цервикальные кровянистые выделения; диспареуния	цервицит; уретрит; воспалительные заболевания органов малого таза.	воспалительные заболевания органов малого таза; синдром хронических тазовых болей; перигепатит; бесплодие; эктопическая беременность; конъюнктивит; реактивный артрит.

<b>Мужчины</b>	слизисто-гнойные выделения из уретры; дизурия; боль при мочеиспускании; боли в мошонке.	эпидидимит уретрит	орхит; конъюнктивит; реактивный артрит
<b>Новорожденные и младенцы</b>	конъюнктивит; пневмония с атипичным течением в первые шесть месяцев жизни.	конъюнктивит; пневмония в первые шесть месяцев жизни.	
<b>Дети</b>		уретрит; вульвовагинит; проктит; конъюнктивит.	
<b>Мужчины и женщины</b>	бессимптомная инфекция		проктит; фарингит бленнорея с включениями; реактивный артрит

## 6. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

### 6.1. ХЛАМИДЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ (А 56.3)

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:

- при локальном поражении прямой кишки: зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или красноватого цвета;
- при локализации процесса выше анального отверстия наблюдаются болезненные тенезмы, болезненность при дефекации, слизисто-гнойные выделения, нередко с примесью крови, вторичные запоры.

*Объективные симптомы*

- гиперемия кожных покровов складок анального отверстия;
- слизисто-гнойное отделяемое из прямой кишки.

### 6.2. ХЛАМИДЬНЫЙ ФАРИНГИТ (А 56.4)

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:

- чувство сухости в ротоглотке;
- боль, усиливающаяся при глотании.

*Объективные симптомы:*

- гиперемия и отёчность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин.

### **6.3. ХЛАМИДИЙНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ (А 74.0)**

**У лиц обоего пола**

*Субъективные симптомы:*

- незначительная болезненность поражённого глаза;
- сухость и покраснение конъюнктивы;
- светобоязнь;
- необильное слизисто-гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

*Объективные симптомы:*

- гиперемия и отёчность конъюнктивы поражённого глаза;
- скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

### **6.4. ХЛАМИДИЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И ДРУГИХ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (А 56.1)**

**Женщины**

*Субъективные симптомы:*

- вестибулит: незначительные слизисто-гнойные выделения, болезненность и отёчность протоков вестибулярных желёз;
- сальпингофорит: боль в области нижней части живота схваткообразного характера, обильные слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла;
- эндометрит: боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, обильные слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении эндометрита субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения;
- пельвиоперитонит: резкая боль в животе, тошнота, рвота, слабость, тахикардия, нарушение дефекации, потрясающие ознобы.

*Объективные симптомы:*

- вестибулит: гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желёз, болезненность протоков при пальпации;
- сальпингофорит: при остром течении процесса определяются увеличенные, резко болезненные маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища; при хроническом течении отмечается незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;
- эндометрит: при остром течении процесса определяется болезненная, увеличенная, отмечается её плотная консистенция и ограниченная подвижность;
- пельвиоперитонит: характерный внешний вид – facies hypocratica, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины; резкая болезненность при бимануальном гинекологическом обследовании.

## Мужчины

### *Субъективные симптомы:*

- эпидидимит: болезненность в области придатка яичка и паховой области, чаще односторонняя, дизурия, слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, диспареуния;
- эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца;
- простатит, сопутствующий уретриту: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия.

### *Объективные симптомы:*

- эпидидимоорхит: при пальпации определяется увеличенный, плотный и болезненный придаток яичка;
- простатит, сопутствующий уретриту: при пальпации определяется болезненная, уплотнённая предстательная железа.

**У лиц обоего пола** – хламидийное поражение парауретральных желёз

### *Субъективные симптомы:*

- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- болезненность в области выводных протоков парауретральных желёз.

### *Объективные симптомы:*

- наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желёз.

## **6.5. ХЛАМИДИЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ, ДРУГОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ (А 56.8)**

Реактивный артрит – асептическое воспаление синовиальной оболочки сустава, связок и фасций. Заболевание может протекать в виде уретроокулоиновиального синдрома, который классически проявляется в виде триады: уретрит, конъюнктивит, артрит. Синдром может протекать с поражением кожи и слизистых (кератодермия, цирцинарный баланопостит, изъязвления полости рта), а также с симптомами поражения сердечно-сосудистой, нервной системы и патологии почек. При реактивном артрите в порядке убывания страдают следующие суставы: коленный, голеностопный, плюснефаланговый, пальцев стоп, тазобедренный, плечевой, локтевой и другие. Заболевание чаще протекает в виде моноартрита. Средняя продолжительность первого эпизода 4-6 месяцев. Реактивный артрит протекает волнообразно: в 50% случаев через различные интервалы времени происходят рецидивы заболевания. У 20% больных наблюдаются различные энтезопатии: наиболее часто страдает ахиллово сухожилие и плантарная фасция, вызывая нарушение ходьбы.

При диссеминированной хламидийной инфекции у пациентов обоего пола может развиваться пневмония, перигепатит, перитонит.

## 7. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ <sup>2</sup>

- методы определения нуклеиновых кислот: определение специфических последовательностей нуклеиновых кислот *C. trachomatis*;
- методы выявления антигенов (прямая иммунофлюоресценция – ПИФ; иммуноферментный анализ – ИФА);
- культуральный.

Таблица 5.

### МЕТОДЫ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ <sup>2</sup>

Метод диагностики	Комментарии
<b>ПЦР (МАНК)</b>	Предпочтительный метод диагностики. Для анализов может использоваться образец из любой области взятия материала. Чувствительность и специфичность достаточны для рутинной диагностики.
<b>ПИФ</b>	Может применяться при отсутствии молекулярно-биологических методов. Чувствительность ниже, чем МАНК и сравнима/или выше, чем при культуральном исследовании. Доступный метод в Кыргызстане.
<b>ИФА</b>	<p>Воспроизводимость методов низка и нет согласованных стандартов. У некоторых людей иммунный ответ на хламидийную инфекцию может быть отсрочен или даже отсутствовать после перенесенной хламидийной инфекции.</p> <p>Серологическое исследование не рекомендуется для рутинной диагностики хламидийной инфекции.</p> <p>ИФА метод в диагностике УГХ и контроле его терапии на сегодня допустимо применять только в комплексе с более информативными прямыми методами идентификации «ИФА+ПИФ или ИФА+ПЦР».</p>
<b>Культуральный</b>	<p>Имеет трудности транспортировки, сложные условия стандартизации проведения исследования, результат значительно зависит от условий проведения, процедура исследования сложна и требует времени.</p> <p>Не рекомендован для рутинного использования. Рекомендуется в качестве контроля излеченности и для судебно-медицинской экспертизы.</p> <p>В редких случаях для проведения теста на антибиотико-чувствительность.</p>

Большинство доступных коммерческих тест-систем не предназначены для исследования образцов из некоторых анатомических локализаций (глотка, конъюнктива, прямая кишка) и существует большая вероятность ингибирования. Таким образом, предварительная очистка/выделение ДНК может повысить чувствительность метода.

## **8. ЛЕЧЕНИЕ <sup>1</sup>**

### **8.1. ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОЙ, РЕКТАЛЬНОЙ, ФАРИНГЕАЛЬНОЙ НЕОСЛОЖНЁННОЙ ИНФЕКЦИЙ**

#### **Схемы лечения**

- Доксициклин – 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней (противопоказано при беременности) (I, A) <sup>1</sup> или
- Азитромицин – 1,0 г перорально однократно (I, A) <sup>1</sup>. Если пациенту предложить только одну таблетку вместо 7 дней, то повысятся шансы того, что пациент успешно пройдет лечение. Поэтому азитромицин лучше, чем доксициклин.

#### **Альтернативные схемы лечения**

- Эритромицин – 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней (A) <sup>1</sup> или
- Офлоксацин – 200 мг 2 раза в день или 400 мг 1 раз в день в течение 7 дней (B) <sup>1</sup>.

### **8.2. ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН <sup>1</sup>**

#### **Схемы лечения**

- Эритромицин – 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней (A) <sup>1</sup> или
- Амоксициллин – 500 мг 3 раза в день в течение 7 дней (A) <sup>1</sup> или
- Азитромицин – 1,0 г однократно (A) <sup>1</sup>.

У беременных необходимо повторить тест на излечимость: как минимум через 2 недели после окончания курса лечения.

## **9. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ**

Установление излеченности хламидийной инфекции на основании культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

## **10. ВЕДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЁРОВ <sup>1</sup>**

- У всех пациентов с хламидиозом должны быть оповещены половые партнёры.
- Метод оповещения должен быть обсужден с обученным медицинским персоналом.
- Метод оповещения, согласованный с каждым выявленным партнёром, должен быть документирован.
- Всем половым партнёрам необходимо предложить пройти обследование на ИППП, сделать тест на ВИЧ.
- В случае отказа от лечения половым партнёрам следует воздержаться от половых контактов.
- При положительном результате анализов половым партнёрам необходимо пройти обследование на другие ИППП и провести лечение.



**Клинический протокол  
по лечению хламидиоза для всех уровней здравоохранения  
Кыргызской Республики**

***ЛЕЧЕНИЕ***<sup>1</sup>

***1. ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОЙ, РЕКТАЛЬНОЙ, ФАРИНГЕАЛЬНОЙ  
НЕОСЛОЖНЁННОЙ ИНФЕКЦИЙ***

**Схемы лечения**

- Доксициклин – 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней (противопоказано при беременности) **(I, A)**<sup>1</sup> или
- Азитромицин – 1,0 г перорально однократно **(I, A)**<sup>1</sup>. Если пациенту предложить только одну таблетку вместо 7 дней, то повысятся шансы того, что пациент успешно пройдет лечение. Поэтому азитромицин лучше, чем доксициклин.

**Альтернативные схемы лечения**

- Эритромицин – 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней **(A)**<sup>1</sup> или
- Офлоксацин – 200 мг 2 раза в день или 400 мг 1 раз в день в течение 7 дней **(B)**<sup>1</sup>.

***2. ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН***<sup>1</sup>

**Схемы лечения**

- Эритромицин – 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней **(A)**<sup>1</sup> или
- Амоксициллин – 500 мг 3 раза в день в течение 7 дней **(A)**<sup>1</sup> или
- Азитромицин – 1,0 г однократно **(A)**<sup>1</sup>.

У беременных необходимо повторить тест на излечимость: как минимум через 2 недели после окончания курса лечения.

**КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ**

Установление излеченности хламидийной инфекции на основании культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

## **ВЕДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЁРОВ <sup>1</sup>**

- У всех пациентов с хламидиозом должны быть оповещены половые партнёры.
- Метод оповещения должен быть обсужден с обученным медицинским персоналом.
- Метод оповещения, согласованный с каждым выявленным партнёром, должен быть документирован.
- Всем половым партнёрам необходимо предложить пройти обследование на ИППП, сделать тест на ВИЧ.
- В случае отказа от лечения половым партнёрам следует воздержаться от половых контактов.
- При положительном результате анализов половым партнёрам необходимо пройти обследование на другие ИППП и провести лечение.

Приложение №2

### **ИНДИКАТОРЫ ВНЕДРЕНИЯ РУКОВОДСТВА «ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИОЗА»**

#### **Индикаторы вложения:**

1. Процент медицинских учреждений первичного уровня (ЦСМ), оснащенных оборудованием и тестами для исследований на хламидиоз (ИФА).
2. Процент медицинских учреждений вторичного и третичного уровней, оснащённых оборудованием и тестами для исследований на хламидиоз (ПЦР, ПИФ, ИФА).
3. Процент врачей ЛПО, прошедших обучение по клиническим руководствам и протоколам 2011-2012 гг. по диагностике, лечению и профилактике ИППП.

#### **Индикаторы процесса:**

1. Процент пациентов с клиническими проявлениями хламидиоза, обратившихся в ЛПО, где нет лабораторного оснащения, которым назначено синдромное лечение в соответствии с КП (2005 г.).
2. Процент амбулаторных карт, где есть результаты обследования на другие ИППП.
3. Процент амбулаторных карт пациентов с осложненными формами хламидийной инфекции.
4. Процент амбулаторных карт пациентов с хламидиозом, в которых имеются записи о лечении половых партнеров.
5. Процент амбулаторных карт пациентов с хламидиозом, где лечение не соответствует клиническому протоколу.
6. Процент амбулаторных карт пролеченных от хламидиоза пациентов, в которых есть запись о получении информации о профилактике ИППП и/или средств индивидуальной профилактики ИППП (презервативы).
7. Процент амбулаторных карт пациентов с хламидиозом, в которых есть результат тестирования на ВИЧ.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. 2006 UK National guideline for the management of genital tract infection with *Chlamydia trachomatis*. Национальное Британское руководство по ведению хламидиоза генитального тракта. 2006
2. Практическое руководство по лабораторной диагностике сифилиса, гонореи и хламидиоза для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики. Бишкек 2011 г.:
  - 2.1. Sexually transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006, Atlanta, GA: Department of health and human services. Centers for Disease Control and Prevention. Center for Health Information and Service, Centers for Disease. Control and Prevention (CDC), 2006
  - 2.2. CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2004. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for HIV, STD, and TB Prevention; 2005
  - 2.3. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielson D. Decreasing incidences of gonorrhoea- and chlamydia-associated acute pelvic inflammatory disease: a 25-year study from an urban area of central Sweden. *Sex Transm Dis* 1996;23:384-91
  - 2.4. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR*, 2006, Vol. 55. 100 p
  - 2.5. WHO. Infections with a predominantly sexual mode of transmission, Certain Infectious and Parasitic Diseases, International Classification of Diseases, 10 revision, 2007. Available at: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
3. Everett KD, Bush RM, Andersen AA. Emended description of the order Chlamydiales, proposal of Parachlamydiaceae fam. nov. and Simkaniaceae fam. nov., each containing one monotypic genus, revised taxonomy of the family Chlamydiaceae, including a new genus and five new species, and standards for the identification of organisms. *Int J Syst Bacteriol*. 1999 Apr;49 Pt 2:415-40
4. Kellogg JA, Seiple JW, Klinedinst JL, Stroll ES, Cavanaugh SH. Improved PCR detection of *Chlamydia trachomatis* by using an altered method of specimen transport and high-quality endocervical specimens. *J Clin Microbiol*. 1995 Oct;33(10):2765-7;
5. Domeika M, Drulyte O. Use of PCR for the detection of genital *Chlamydia trachomatis* infection on self-obtained mailed vaginal samples. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000 Jul;79(7):570-5
6. Domeika M, Hallen A, Drulyte O. Genital *Chlamydia trachomatis* infections in Lithuanian women invited for screening via newspaper advertisement: a pilot study. *Sex Transm Infect*. 2000 Jun;76(3):216
7. Domeika M, Bassiri M, Butrimiene I, Venalis A, Ranceva J, Vasjanova V. Evaluation of vaginal introital sampling as an alternative approach for the detection of genital *Chlamydia trachomatis* infection in women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999 Feb;78 (2):131-6
8. Kucinskiene V, Juseviciute V, Valiukeviciene S, Milasauskiene Z, Unemo M, Domeika M. Home sampling and pooling of vaginal samples are effective tools for genetic screening of *Chlamydia trachomatis* among high school female students in Lithuania. *Scand J Infect Dis*. 2007 Sep 6;:1-6;
9. Hobbs MM, van der Pol B, Totten P, Gaydos CA, Wald A, Warren T, Winer RL, Cook RL, Deal CD, Rogers ME, Schachter J, Holmes KK, Martin DH. From the NIH: Proceedings of a Workshop on the Importance of Self-Obtained Vaginal Specimens for Detection of Sexually Transmitted Infections. *Sex Transm Dis*. 2008 Jan;35(1):8-13.
10. Ripa KT, Mårdh PA. Cultivation of *Chlamydia trachomatis* in cycloheximide-treated McCoy cells. *J Clin Microbiol*. 1977 Oct;6(4):328-31.
11. Domeika M. Diagnosis of infections due to *Chlamydia trachomatis*. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*. 1997;164:121-7.
12. Schachter J. Which test is best for chlamydia? *Curr Opin Infect Dis*. 1999 Feb;12(1):41-5.
13. Robinson AJ, Ridgway GL. Modern diagnosis and management of genital *Chlamydia trachomatis* infection. *Br J Hosp Med*, 1996, 55: 388-93
14. Herring A, Ballard R, Mabey D, Peeling RW; WHO/TDR Sexually Transmitted Diseases Diagnostics Initiative. Evaluation of rapid diagnostic tests: chlamydia and gonorrhoea. *Nat Rev Microbiol*. 2006 Dec;4(12 Suppl):S41-8.
15. Mahilum-Tapey, L., Laitila, V., Wawrzyniak, J. J., Alexander, S., Ison, C., Swain, A., Barber, P., Ushiro-Lumb, I. & Gih, B. T. (2007). New point of care *Chlamydia* Rapid Test--bridging the gap between diagnosis and treatment: performance evaluation study. *British Medical Journal* 335, 1190 - 1194. Epub 2007 Nov 30.
16. Ostergaard LJ, Andersen BS, Olesen F, Møller JK. Detection of *Chlamydia trachomatis* infection

among young people. The effect of home-sampling and mailing the samples. *Ugeskr Laeger*. 1999 Aug 9;161 (32):4514-8. Danish.

19. Butylkina R, Juseviciute V, Kasparaviciene G, Vagoras A, Pagirskas E, Unemo M, Domeika M. Pooling of urine specimens allows accurate and cost-effective genetic detection of *Chlamydia trachomatis* in Lithuania and other low-resource countries. *Scand J Infect Dis*. 2007; 39 (3): 209-12.

20. Shipitsyna E, Shalepo K, Savicheva A, Unemo M, Domeika M. Pooling samples: the key to sensitive, specific and cost-effective genetic diagnosis of *Chlamydia trachomatis* in low-resource countries. *Acta Derm Venereol*. 2007;87(2):140-3

21. Ripa T, Nilsson PA. A *Chlamydia trachomatis* strain with a 377-bp deletion in the cryptic plasmid causing false-negative nucleic acid amplification tests. *Sex Transm Dis*. 2007 May;34(5):255-6.

22. Unemo M, Olcén P, Agné-Stadling I, Feldt A, Jurstrand M, Herrmann B, Persson K, Nilsson P, Ripa T, Fredlund H. Experiences with the new genetic variant of *Chlamydia trachomatis* in Orebro county, Sweden - proportion, characteristics and effective diagnostic solution in an emergent situation. *Euro Surveill*. 2007 Apr 1;12(4):E5-6

23. Savage EJ, Ison CA, van de Laar MJ; ESSTI network. Results of a Europe-wide investigation to assess the presence of a new variant of *Chlamydia trachomatis*. *Euro Surveill*. 2007 Oct 1;12(10):E3-4.

24. Morré S, Catsburg A., Dommelen L, Smelov V, Vries H.J.C. de, Savitcheva A., Domeika M., Herrmann B., Ouburg S., Hoebe C, Nilsson A., Savelkoul PHM, Morre SA. TaqMan Assay for Swedish *Chlamydia trachomatis* Variant. *Emerging Infectious Diseases*. 2007, Vol. 13, No. 9, 1432-4 // Available at: [www.cdc.gov/eid/](http://www.cdc.gov/eid/)

25. Shipitsyna E., Zolotoverkhaya E., Agne-Stadling I., Krysanova A., Savicheva A., Sokolovskiy E., Domeika M., Unemo M. First evaluation of six nucleic acid amplification tests (NAATs) widely used in the diagnosis of *Chlamydia trachomatis* in Russia. *JEADV*, 2008 (in press)

26. Little et al., 1999 SDA

27. Banoo S, Bell D, Bossuyt P, Herring A, Mabey D, Poole F, Smith PG, Sriram N, Wongsrichanalai C, Linke R, O'Brien R, Perkins M, Cunningham J, Matsoso P, Nathanson CM, Olliaro P, Peeling RW, Ramsay A; TDR Diagnostics Evaluation Expert Panel. Evaluation of diagnostic tests for infectious diseases: general principles. *Nat Rev Microbiol*. 2006 Dec;4(12 Suppl):S20-32.

28. Shalepo K, Savicheva A, Shipitsyna E, Unemo M, Domeika M. Diagnosis of *Chlamydia trachomatis* in Russia--in-house PCR assays may be effective but overall optimization and quality assurance are urgently needed. *APMIS*. 2006 Jul-Aug;114(7-8):500-7.

29. Tyagi S, Bratu DP, Kramer FR. Multicolor molecular beacons for allele discrimination. *Nat Biotechnol*. 1998 Jan;16(1):49-53

30. Peeling RW., Smith PG., Bossuyt PMM. A guide for diagnostic evaluations. *Nat Rev Microbiol*. 2006 Dec;4(12 Suppl):S 52-56.

31. Warford A., Cgernesky M., Peterson E. M., Gleaves C.A. Laboratory diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infections. Cumulative techniques and procedures in clinical microbiology. 19A. ASM Press, Washington, 1999, 18p.

The web site [www.chlamydiae.com](http://www.chlamydiae.com) contains extensive reviews of chlamydial infections and their diagnosis, hyperlinked to the original literature.

32. Оссеваарде Дж. М. Новые методы диагностики и эпидемиологическое исследование инфекций, вызванных *Chlamydia trachomatis*/ЗППП. -1996 г. № 6.-С. 14-21

33. Нестеренко В.Г., Конюхова К.А., Аковбян В.А., Бехало В.А. Эффективность и целесообразность – основные характеристики современной лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путём/ Клинич. дерматол. венерол 2003 г. № 1. –С 55-59

34. Шалепо К.В., Шипицина Е.В., Савичева А.М., Домейко М. Сравнение методов лабораторной диагностики урогенитальных инфекций, вызываемых *Chlamydia trachomatis*// Акушерство и женские болезни. – 2001 г. - № 4. – С. 8-11.

35. Дробченко С.Н., Носков Ф.С., Кальво А. Лабораторная диагностика хламидийной инфекции// IX Всерос. съезд дерматовенерологов – М., 2005 г Т. 2.- С.40.

3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра.

4. European guideline for the management of *Chlamydia trachomatis* infections 2010.

