

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
19 сентября 2019 г. № 96

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца седьмого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с сифилитической инфекцией» (прилагается).
2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

В.С.Караник

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
19.09.2019 № 96

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов с сифилитической инфекцией»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к диагностике и лечению пациентов с сифилитической инфекцией, организации мероприятий по профилактике передачи возбудителя сифилиса от матери ребенку.

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

сифилис – хроническое инфекционное заболевание со стадийным прогредиентным течением, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*), передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата;

превентивное лечение сифилиса – лечение, проводимое с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 3 месяцев, а также в случае переливания крови или ее препаратов от доноров с сифилисом или получающих превентивное лечение и не прошло 3 месяцев после трансфузии. Превентивное лечение показано всем детям до 3 лет. Для детей старше 3 лет вопрос о лечении решается индивидуально с учетом формы сифилиса у контактного взрослого, локализации высыпаний, степени контакта ребенка с больным;

специфическое лечение сифилиса – лечение, проводимое с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемоцидной концентрации антимикробного препарата в крови и тканях, а при нейросифилисе – в ликворе;

профилактическое лечение сифилиса – лечение, проводимое с целью предупреждения вертикальной передачи сифилиса от матери плоду;

пробное лечение (лечение *ex juvantibus*) – лечение, проводимое в объеме специфического лечения при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата, когда диагноз не представляется возможным подтвердить убедительными серологическими и клиническими данными;

неадекватное лечение сифилиса у беременной – специфическое лечение, начатое после 30-й недели беременности, нарушение или изменение утвержденных схем лечения во время беременности, лечение сифилиса у беременных эритромицином.

4. В Республике Беларусь диагностика и лечение сифилиса проводится врачом-дерматовенерологом или под его контролем.

5. Среди рекомендованных к применению в настоящем клиническом протоколе указаны лекарственные средства, не имеющие регистрации в Республике Беларусь на момент утверждения настоящего клинического протокола. Их применение возможно исключительно в случаях, указанных в части второй статьи 8 Закона Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-З «О лекарственных средствах».

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ СИФИЛИСА

6. Диагноз «Сифилис» в соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) представлен шифрами A50, A51, A52, A53. Шифры МКБ-10, оканчивающиеся цифрой 9 (A50.9; A51.9; A52.9 и A53.9), а также A50.2 и A50.7 отражают формы инфекции, не подтвержденные лабораторными методами диагностики. В Республике Беларусь данные диагнозы могут быть выставлены лишь на предварительном этапе обследования пациента, но не могут быть окончательными.

7. Сифилис классифицируется следующим образом:

7.1. врожденный сифилис (A50):

ранний врожденный сифилис с симптомами (A50.0) – любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как раннее или проявившееся в возрасте до двух лет:

ранний врожденный сифилис:

кожи;

кожи и слизистых оболочек;

висцеральный;

ранний врожденный сифилитический (ая):

ларингит;

окулопатия;

остеохондропатия;

фарингит;

пневмония;

ринит;

ранний врожденный сифилис скрытый (A50.1) – врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательным результатом при исследовании ликвора, проявившийся в возрасте до двух лет;

ранний врожденный сифилис неуточненный (A50.2) – врожденный сифилис без дополнительного уточнения (далее – БДУ), проявившийся в возрасте до двух лет;

позднее врожденное сифилитическое поражение глаз (A50.3):

поздний врожденный сифилитический интерстициальный кератит (H19.2);

поздняя врожденная сифилитическая окулопатия (H58.8);

поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис) (A50.4) (при необходимости идентифицировать любое связанное с данным заболеванием психическое расстройство используют дополнительный код):

деменция паралитическая ювенильная;

ювенильный (ая):

прогрессивный паралич;

спинная сухотка;

табопаралич;

поздний врожденный сифилитический (ая):

энцефалит (G05.0);

менингит (G01);

полиневропатия (G63.0);

другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами (A50.5):

любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как позднее или проявившееся через два года или более с момента рождения:

Гетчинсона:

зубы;

триада;

суставы Клаттона (M03.1);

поздний врожденный:

кардиоваскулярный сифилис (I98.);

сифилитическая:

артропатия (M03.1);

остеохондропатия (M90.2);

сифилитический седловидный нос;

поздний врожденный сифилис скрытый (A50.6) – врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательным тестом с ликвором в возрасте двух и более лет;

поздний врожденный сифилис неуточненный (A50.7) – врожденный сифилис БДУ в возрасте двух и более лет;

врожденный сифилис неуточненный (A50.9);

7.2. ранний сифилис (A51):

первичный сифилис половых органов (A51.0);

сифилитический шанкр;

первичный сифилис анальной области (A51.1);

первичный сифилис других локализаций (A51.2);

вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (A51.3):

сифилитическая розеола;

сифилитическая папула;

пустулезный сифилид;

широкая кондилома;

сифилитическая (ие):

алопеция (L99.8);

лейкодерма (L99.8);

очаги на слизистых оболочках;

другие формы вторичного сифилиса (A51.4);

вторичные сифилитические (ое) (ая):

воспалительное заболевание женских тазовых органов (N74.2);

иридоциклит (H22.0);

лимфаденопатия;

менингит (G01);

миозит (M63.0);

окулопатия, не классифицированная в других рубриках (далее – НКДР) (H58.8);

периостит (M90.1);

ранний сифилис скрытый (A51.5) – сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией и отрицательной с ликвором, давностью менее двух лет после заражения;

ранний сифилис неуточненный (A51.9);

7.3. поздний сифилис (A52):

сифилис сердечно-сосудистой системы (A52.0):

кардиоваскулярный сифилис (I98.0);

сифилитическая (ий):

аневризма аорты (I79.0);

аортальная недостаточность (I39.1);

аортит (I79.1);

церебральный артериит (I68.1);

эндокардит БДУ (I39.8);

миокардит (I41.0);

перикардит (I32.0);

легочная недостаточность (I39.3);

нейросифилис с симптомами (A52.1):

артропатия Шарко (M14.6);

поздний сифилитический (ая):

неврит слухового нерва (H49.0);

энцефалит (G05.0);

менингит (G01);

атрофия зрительного нерва (H48.0);

полиневропатия (G63.0);

ретробульбарный неврит (H48.1);

сифилитический паркинсонизм (G22);

спинная сухотка;

асимптомный нейросифилис (A52.2);

нейросифилис неуточненный (A52.3):

гумма (сифилитическая);

сифилис (поздний) центральной нервной системы;

сифилома;

другие симптомы позднего сифилиса (A52.7);

сифилитическое поражение почечных клубочков (N08.0);

гумма (сифилитическая) любых локализаций, кроме классифицированных в рубриках A52.0–A52.3;

сифилис поздний, или третичный:

поздний сифилитический (ая):

бурсит (M73.1);

хориоретинит (H32.0);

эписклерит (H19.0);

воспалительное заболевание женских тазовых органов (N74.2);

лейкодерма (L99.8);

окулопатия НКДР (H58.8);

перитонит (K67.2);

сифилис (без уточнения стадии):

кости (M90.2);

печени (K77.0);

легкого (J99.8);

мышц (M63.0);

синовиальный (M68.0);

поздний сифилис скрытый (A52.8) – сифилис (приобретенный) без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой ликвора, давностью два года или более после заражения;

поздний сифилис неуточненный (A52.9);
7.4. другие и неуточненные формы сифилиса (A53):
скрытый сифилис, не уточненный как ранний или поздний (A53.0); скрытый сифилис; положительная серологическая реакция на сифилис;
сифилис неуточненный (A53.9);
инвазия, вызванная *Treponema pallidum*; сифилис (приобретенный).

ГЛАВА 3 КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

8. Врожденный сифилис (A50). Врожденный сифилис развивается вследствие инфицирования плода во время беременности (антенатально). Источником заражения плода является только больная сифилисом мать. Различают ранний (проявляется в первые 2 года жизни) и поздний (проявляется в более позднем возрасте) врожденный сифилис, протекающий как с клиническими проявлениями (манифестный) (A50.0; A50.3–A50.5), так и без них (скрытый) (A50.1; A50.6). При заражении новорожденного интранатально (в родах) или постнатально (при грудном вскармливании) развивается приобретенный сифилис:

8.1. ранний врожденный сифилис с симптомами (A50.0) характеризуется 3 группами симптомов:

патогномоничные для врожденного и не встречающиеся при приобретенном сифилисе (сифилитическая пузырьчатка, диффузная папулезная инфильтрация кожи Гохзингера, сифилитический ринит – сухая, катаральная и язвенная стадии) и остеохондрит длинных трубчатых костей Вегнера (I, II и III степени, выявляется при рентгенологическом исследовании; I степень диагностического значения не имеет, так как аналогичные изменения могут наблюдаться и при рахите);

типичные проявления сифилиса, встречающиеся не только при раннем врожденном, но и при приобретенном сифилисе: папулезная сыпь на конечностях, ягодицах, лице, иногда по всему телу; в местах мацерации – эрозивные папулы и широкие кондиломы; розеолезная сыпь (встречается редко), алопеция, поражения костей в виде периостита, остеопороза и остеосклероза, костных гумм; поражения внутренних органов в виде специфических гепатита, гломерулонефрита, миокардита, эндо- и перикардита, поражения центральной нервной системы в виде специфического менингита, гидроцефалии;

общие и локальные симптомы, встречающиеся и при других внутриутробных инфекциях: «старческий вид» новорожденного (кожа морщинистая, дряблая, грязно-желтого цвета); малая длина и масса тела с явлениями гипотрофии, вплоть до кахексии; гипохромная анемия, лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ), тромбоцитопения; гепатоспленомегалия; хориоретинит (IV типа); онихии и паронихии. Плацента при сифилисе увеличена, гипертрофирована; ее масса составляет 1/4–1/3 (в норме 1/6–1/7) массы плода.

Диагноз устанавливается на основании:

анамнеза матери;

клинических проявлений;

данных рентгенологического исследования;

результатов серологических реакций – положительными результатами одного трепонемного теста (далее – ТТ) и одного нетрепонемного теста (далее – НТТ);

обнаружения *T. pallidum* при темнопольной микроскопии или иммуногистохимическом исследовании в материале, полученном из отделяемого высыпаний, амниотической жидкости, ткани плаценты, пуповины или в аутопсийных образцах.

Установление диагноза раннего врожденного сифилиса необходимо проводить с учетом выявления:

клинических проявлений заболевания у ребенка;

обнаружения бледной трепонемы с помощью прямых лабораторных методов;

положительных результатов серологических реакций у ребенка. Кровь берут параллельно с кровью матери, исследуют в одних и тех же тестах: тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins) (далее – RPR) или тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний (Venereal Disease Research Laboratory test) (далее – VDRL), реакции иммунофлуоресценции (далее – РИФ), реакция пассивной гемагглютинации (далее – РПГА) – все в количественном варианте, иммуноферментный анализ (далее – ИФА);

патологических изменений ликвора;
рентгенологически установленных изменений длинных трубчатых костей;
макроскопических и патоморфологических признаков изменения плаценты, пуповины, внутренних органов;
сифилиса у матери, подтвержденного результатами прямых и (или) серологических методов диагностики.

Позитивные результаты серологических реакций могут быть следствием пассивного трансплацентарного перехода материнских антител. Эти антитела в течение 3–6 месяцев после рождения исчезают, и серологические реакции постепенно негативируются.

Диагноз раннего врожденного скрытого сифилиса выставляется, если титр НТТ с сывороткой крови новорожденного превышает титр этих реакций с сывороткой крови матери, или если в течение первых 3 месяцев жизни ребенка наблюдается увеличение титра НТТ в 4 и более раз в сравнении с исходным.

Специфические антитрепонемные иммуноглобулин М антитела (далее – IgM-антитела) определяют методами IgM-ИФА, иммуноблоттинга, IgM-РИФ-абс лишь у 50–80 % новорожденных с клинически манифестным ранним врожденным сифилисом, поэтому отрицательные результаты IgM-тестов не исключают наличие врожденного сифилиса.

Мертворождением по причине врожденного сифилиса считается смерть плода, наступившая после 20-й недели беременности или при массе тела более 500 граммов, при наличии нелеченного или неадекватно леченного сифилиса у матери.

Случаи раннего врожденного сифилиса в Республике Беларусь определяются в рамках глобального эпидемиологического надзора ВОЗ следующим образом:

наличие клинических симптомов раннего врожденного сифилиса у ребенка;
мертворождение, живорождение или потеря плода по прошествии >20 недель беременности или при массе >500 граммов у матери с серопозитивным сифилисом в отсутствие надлежащего лечения сифилиса (отсутствие лечения либо неадекватное лечение сифилиса у беременной)

или

мертворождение, живорождение или возраст ребенка до 2 лет при микробиологическом подтверждении наличия сифилитической инфекции.

Микробиологическое подтверждение раннего врожденного сифилиса в Республике Беларусь в рамках глобального эпиднадзора ВОЗ включает следующее:

выявление с помощью микроскопии темного поля или метода флуоресцентных антител *T. pallidum* в пуповине, плаценте, носовых выделениях или соскобе кожи;

выявление характерных для *T. pallidum* IgM;

нетрепонемный положительный серологический титр у новорожденного ребенка в два или более раз больше, чем у матери.

Новорожденным, родившимся без клинических и лабораторных проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной во время беременности матери, проводится профилактическое лечение сифилиса по схемам лечения раннего врожденного сифилиса.

Учет случаев врожденного сифилиса в соответствии с клиническим определением случая врожденного сифилиса и определением случая врожденного сифилиса в рамках глобального эпиднадзора ВОЗ должен проводиться параллельно;

8.2. поздний врожденный сифилис с симптомами (A50.3; A50.4) характеризуется:

достоверными признаками – триада Гетчинсона: паренхиматозный кератит, лабиринтная глухота, зубы Гетчинсона;

вероятными признаками: саблевидные голени, хориоретиниты, деформации носа, лучистые рубцы вокруг рта, ягодицеобразный череп, деформации зубов, сифилитические гониты, поражения нервной системы в виде гемипарезов и гемиплегий, расстройств речи, слабоумия, церебрального детского паралича и джексоновской эпилепсии;

дистрофиями: утолщение грудинного конца правой ключицы, дистрофии костей черепа в виде «олимпийского лба», высокое «готическое» или «стрельчатое» небо, отсутствие мечевидного отростка грудины, инфантильный мизинец, широко расставленные верхние резцы, бугорок на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти.

Также характерны специфические поражения на коже и слизистых оболочках в виде бугорковых и гуммозных сифилидов кожи, слизистых оболочек, поражения органов и систем, особенно костной (периостит, остеопериостит, гуммозный остеомиелит, остеосклероз), печени и селезенки, сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной систем.

Поздний врожденный сифилис может быть установлен при наличии:

клинических проявлений – каждое из проявлений, входящих в триаду Гетчинсона, имеет диагностическое значение;

вероятных признаков и (или) дистрофий (стигм дисморфогенеза) – учитываются только в сочетании с достоверными признаками или с данными серологического обследования и анамнезом;

положительных результатов серологических реакций: нетрепонемные тесты позитивны у 70–80 % пациентов, трепонемные тесты – у 92–100 %;

сифилиса у матери, в том числе, поздней формы;

данных анамнеза матери, в том числе акушерского, а также результатов обследования отца, других детей в данной семье.

Клинический диагноз позднего врожденного сифилиса подтверждается положительными результатами не менее чем двух ТТ.

9. Ранний сифилис (A51):

9.1. первичный сифилис.

Инкубационный период – промежуток времени от момента внедрения возбудителя сифилиса через поврежденную кожу или слизистые оболочки до появления первичного аффекта. Продолжительность инкубационного периода составляет от 2 недель до 2 месяцев, этот период может сократиться до 8 дней или, наоборот, удлиниться до 190 дней. Сокращение инкубационного периода наблюдается при реинфекции и при внедрении возбудителя сифилиса в организм из нескольких входных ворот, что ускоряет генерализацию инфекции и развитие иммунных изменений в организме. Удлинение инкубационного периода наблюдается в результате применения недостаточных доз трепонемоцидных антибактериальных препаратов по поводу интеркуррентных заболеваний.

В месте внедрения бледных трепонем развивается первичный аффект – твердый шанкр – эрозия или язва диаметром от 1–3 мм (карликовый шанкр) до 1,5–2 см и более (более 3 см – гигантский шанкр), округлых очертаний, с ровными краями, гладким, блестящим дном розового или красного, иногда серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы (язва), со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании первичной сифиломы – плотноэластический инфильтрат.

Первичный аффект сопровождается регионарным лимфаденитом, реже лимфангитом; может быть типичным (эрозивный, язвенный) и атипичным (индуративный отек, шанкр-панариций и шанкр-амигдалит); единичным и множественным; генитальным, перигенитальным и экстрагенитальным; при присоединении вторичной инфекции – осложненным (импетиализация, баланопостит, вульвовагинит, фимоз, парафимоз, гангренизация, фагеденизм). В конце первичного периода появляется полиаденит и продромальная симптоматика (интоксикационный синдром).

Клинический диагноз первичного сифилиса подтверждается обнаружением *T. pallidum* при исследовании отделяемого эрозий, язв, пунктата лимфоузлов и/или положительными результатами одного ТТ и одного НТТ;

9.2. вторичный сифилис обусловлен гематогенной диссеминацией инфекции на фоне развития инфекционного иммунитета.

Вторичный сифилис проявляется:

высыпаниями на коже – розеолезными (пятнистыми), папулезными (узелковыми), папуло-пустулезными (гнойничковыми) и редко – везикулезными – и (или) слизистых оболочках (ограниченными и сливными розеолезными и папулезными сифилидами);

лейкодермой;

алопецией.

Возможны остаточные явления первичного сифилиса, поражения внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы.

Клинический диагноз вторичного сифилиса подтверждается обнаружением *T. pallidum* при исследовании отделяемого сифилидов и (или) положительными результатами одного ТТ и одного НТТ.

Сифилис внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

По срокам от момента заражения сифилис подразделяется на:

ранний (до 2 лет с момента заражения, А51.4);

поздний (свыше 2 лет с момента заражения (А52.0; А52.7)).

Другие формы вторичного сифилиса.

Ранние формы сифилиса с висцеральными поражениями и нейросифилиса включают раннее специфическое поражение нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

Среди ранних форм нейросифилиса (А51.4) чаще встречается менинговаскулярный сифилис, в клинической картине которого преобладают симптомы поражения оболочек и сосудов мозга: сифилитический менингит, сифилитический увеит, васкулярный нейросифилис, спинальные формы менинговаскулярного сифилиса.

При ранних формах (А51.4) чаще всего развиваются только функциональные расстройства пораженных органов. В патологический процесс преимущественно вовлекается сердце (ранний кардиоваскулярный сифилис), печень (безжелтушные или желтушные формы гепатита), желудок (преходящая гастропатия, острый гастрит, образование специфических язв и эрозий), почки (бессимптомная дисфункция почек, доброкачественная протеинурия, сифилитический липоидный нефроз, сифилитический гломерулонефрит). Наиболее ранний симптом поражения опорно-двигательного аппарата – ночные боли в длинных трубчатых костях конечностей. Никакими объективными изменениями костей боли не сопровождаются. Могут наблюдаться специфические синовиты и остеоартриты.

Диагноз сифилитического поражения внутренних органов и опорно-двигательного аппарата основан на клинических проявлениях, данных инструментальных методов исследования (рентгенологических, ультразвуковых, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии) и лабораторных исследований (серологических, патоморфологических).

Диагноз раннего висцерального сифилиса устанавливается на основании:

наличия у пациента серологически доказанного сифилиса;

выявления клинической симптоматики поражения соответствующего органа;

обнаружения при патоморфологическом исследовании биоптата лимфогистиоплазмоцитарной воспалительной инфильтрации и бледных трепонем (методами иммуногистохимии, серебрения) – доказательства специфической природы поражения;

положительной динамики процесса на фоне специфической терапии.

Клинический диагноз других форм вторичного сифилиса подтверждается положительными результатами одного ТТ и одного НТТ;

9.3. скрытый сифилис – сифилис без клинических проявлений с положительной серологической реакцией с сывороткой крови и отрицательной с ликвором.

Различают скрытый сифилис:

ранний (А51.5) (до 2 лет с момента инфицирования);

поздний (A52.8) (свыше 2 лет с момента инфицирования);
неуточненный как ранний или поздний (A53.0).

Скрытый сифилис характеризуется отсутствием клинических проявлений. Пациентов с ранним скрытым сифилисом в эпидемиологическом отношении следует считать опасными, так как у них могут возникнуть заразные проявления заболевания.

Диагноз скрытого сифилиса устанавливается на основании результатов НТТ и ТТ и анамнестических данных. В некоторых случаях диагностике сифилиса помогают данные объективного осмотра (рубец на месте бывшей первичной сифиломы, увеличение лимфатических узлов), а также появление температурной реакции обострения (реакция Яриша – Герксгеймера) после начала специфического лечения.

Клинический диагноз раннего скрытого сифилиса подтверждается положительными результатами одного ТТ и одного НТТ.

Клинический диагноз позднего скрытого сифилиса подтверждается положительными результатами не менее чем в двух ТТ;

9.4. нейросифилис – это комплекс доказательных клинико-лабораторных симптомов, подтверждающих заинтересованность структур нервной системы в сифилитическом процессе.

Выделяют нейросифилис:

асимптомный,
манифестный.

По срокам от момента заражения нейросифилис разделяют на:

ранний (до 5 лет с момента заражения);
поздний (свыше 5 лет).

Нейросифилис с симптомами проявляется неврологическими или психическими нарушениями, которые имеют острое или подострое течение и развиваются в течение нескольких месяцев/лет. К поздним формам нейросифилиса относят прогрессирующий паралич, спинную сухотку, табопаралич, атрофию зрительных нервов (A52.1) и гуммозный нейросифилис (A52.3), в клинической картине которых преобладают симптомы поражения паренхимы мозга.

Асимптомный нейросифилис характеризуется отсутствием клинических проявлений. Диагноз основывается на патологических данных исследования ликвора. В МКБ-10 отсутствует разделение асимптомного нейросифилиса на ранний и поздний, вследствие чего все пациенты с бессимптомным течением нейросифилиса независимо от давности заболевания относятся к позднему сифилису (A52.2).

Диагноз нейросифилиса не может быть установлен без исследования ликвора. У пациентов с сифилисом выделяют абсолютные и относительные показания для диагностического исследования ликвора.

Абсолютные показания для диагностического исследования ликвора:

клинико-неврологическая очаговая симптоматика и микросимптоматика;
расстройства психической сферы;

пациенты с несостоятельностью проведенной этиотропной терапии (клинический рецидив, серологический рецидив);

сифилис у пациентов с вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ-инфекция) или синдромом приобретенного иммунного дефицита (далее – СПИД);

снятие пациента с клинико-серологического наблюдения по нейросифилису.

Относительные показания для диагностического исследования ликвора:

злокачественное течение манифестных форм сифилиса (алопеция, лейкодерма, пустулезный сифилид);

поздние формы сифилиса;

дети, рожденные от матерей, не получавших лечения по поводу сифилиса во время беременности.

Противопоказаниями для исследования ликвора являются:

клинические и инструментальные (КТ, МРТ) признаки отека головного мозга;
застойные диски зрительных нервов;

дислокационный синдром;
объемные процессы головного мозга (опухоли, гуммы, абсцесс, субдуральная гематома);
острые инфекционные заболевания (ОРВИ, ангина и др.);
инфекция мягких тканей в месте предполагаемой пункции;
выраженная тромбоцитопения (менее 40 000/мкл) или снижение времени свертывания крови более чем на 50 %.

Плеоцитоз и повышение уровня белка в ликворе не являются специфичными для нейросифилиса, но имеют важное диагностическое значение как критерии развития воспалительных процессов в оболочках вещества мозга. Определение в 1 мм³ ликвора свыше 5 клеток лимфоцитарного ряда свидетельствует о наличии патологических изменений в нервной системе.

Содержание белка в ликворе взрослого человека в норме составляет 0,16–0,45 г/л.

Специфичность НТТ с ликвором близка к 100 %, однако их чувствительность недостаточно высока, а частота отрицательных результатов при различных формах нейросифилиса варьирует от 30 до 70 %. ТТ обладают высокой чувствительностью (90–100 %), но недостаточно специфичны и могут быть положительными с ликвором при формах сифилиса, не сопровождающихся поражением нервной системы. Отрицательные результаты ТТ с ликвором исключают нейросифилис.

Для диагностики нейросифилиса используется алгоритм, включающий последовательное применение методов лабораторной диагностики: ИФА, RPR/VDRL и РПГА.

Тестированию подлежат лица с подозрением на наличие нейросифилиса, в том числе пациенты со скрытым сифилисом и лица, в прошлом перенесшие сифилис с сохраняющимися положительными результатами серологических реакций крови на сифилис. Тестирование ликвора следует начинать с ИФА. В случае отрицательного результата может быть сделан вывод об отсутствии у пациента нейросифилиса. В случае положительного результата ИФА проводится исследование с помощью одного из НТТ (RPR/VDRL).

В случае положительного результата ИФА и RPR/VDRL пациенту устанавливают диагноз нейросифилиса и дальнейшее тестирование прекращают.

В случае отрицательного результата RPR/VDRL проводится тестирование ликвора с помощью второго высокочувствительного и специфичного трепонемного теста – РПГА. В случае положительного результата РПГА делают вывод о наличии у пациента нейросифилиса. В случае отрицательного результата РПГА делают вывод об отсутствии у пациента нейросифилиса и ложноположительном результате первого ТТ;

9.5. третичный сифилис (A52.0–A52.7) может развиваться непосредственно за вторичным сифилисом, но в большинстве случаев между вторичным и третичным периодами наблюдается скрытый период.

При бессимптомном течении инфекции появление симптомов третичного сифилиса возможно спустя многие годы после заражения. Проявляется высыпаниями на коже/слизистых оболочках (бугорковый и гуммозный сифилиды, третичная розеола Фурнье), поражениями внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы (A52.0–A52.7).

При поздних формах висцерального сифилиса (A52.0) преобладают деструктивные изменения: мезоартрит, недостаточность аортальных клапанов, аневризма аорты (преимущественно грудного отдела), миокардит, гуммозные эндо- и перикардиты. Сифилис сердечно-сосудистой системы относится к редким проявлениям сифилитической инфекции.

Диагноз позднего висцерального сифилиса устанавливается на основании:

наличия у пациента серологически доказанного сифилиса;
выявления клинической симптоматики поражения соответствующего органа;
обнаружение при патоморфологическом исследовании биоптата гранулематозного воспаления – доказательства специфической природы поражения;

положительной динамики процесса на фоне специфической терапии.

Клинический диагноз позднего сифилиса подтверждается положительными результатами не менее чем в двух ТТ.

ГЛАВА 4 ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА

10. Для лабораторной диагностики сифилиса применяются прямые и непрямые методы:

10.1. прямые методы диагностики выявляют самого возбудителя или его генетический материал.

Абсолютным доказательством наличия у пациента заболевания является обнаружение *T. pallidum* в образцах, полученных из очагов поражений, при микроскопическом исследовании в темном поле зрения и/или иммуногистохимическом исследовании с использованием моноклональных или поликлональных антител.

Прямые методы используются для диагностики ранних форм заболевания (первичный и вторичный сифилис) с клиническими проявлениями (эрозивно-язвенные элементы), а также для подтверждения врожденного сифилиса (ткань пуповины, плаценты, органы плода, отделяемое слизистой оболочки носа, содержимое пузырей, отделяемое с поверхности папул);

10.2. непрямые методы диагностики сифилиса позволяют выявить антитела к возбудителю сифилиса в сыворотке крови и ликворе.

Серологические методы диагностики сифилиса:

НТТ:

тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins) RPR;

тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний VDRL.

Общая характеристика НТТ:

применяется антиген нетрепонемного происхождения (стандартизованный кардиолипиновый антиген);

позитивируются через 1–2 недели после образования первичной сифиломы;

обладают невысокой чувствительностью (до 70–90 % при ранних формах сифилиса и до 30 % – при поздних), могут давать ложноположительные результаты (3 % и более).

Показания к применению НТТ:

определение активности течения инфекции (определение титров антител);

контроль эффективности терапии (определение титров антител).

Трепонемные тесты (ТТ):

РИФ, в том числе в модификациях РИФ-абс и РИФ-200. Чувствительность при первичном сифилисе – 70–100 %, при вторичном и позднем – 96–100 %, специфичность – 94–100 %;

РПГА. Чувствительность метода при первичном сифилисе – 76 %, при вторичном – 100 %, при скрытом – 94–97 %, специфичность – 98–100 %;

иммуноферментный анализ (далее – ИФА). Чувствительность при первичном и вторичном сифилисе – 98–100 %, специфичность – 96–100 %. Дает возможность дифференцированного и суммарного определения IgM и IgG антител к возбудителю сифилиса;

иммуноблоттинг. Является модификацией ИФА. Чувствительность и специфичность – 98–100 %. Применяется для подтверждения диагноза при сомнительных или противоречивых результатах других ТТ, для диагностики раннего и позднего врожденного сифилиса на базе Республиканской референс-лаборатории по диагностике сифилиса.

Общая характеристика ТТ:

применяется антиген трепонемного происхождения;

чувствительность – 70–100 % (зависит от вида теста и стадии болезни);

специфичность – 94–100 %;

РИФ, ИФА, иммуноблоттинг становятся положительными с 3-й недели от момента заражения и ранее, РПГА – с 7–8-й.

Показания к применению ТТ:

скрининг населения на сифилис (ИФА на антитела к *T. pallidum*);

подтверждение положительных результатов скрининга (РИФ, РПГА);

подтверждение диагноза в случае расхождения результатов скринингового ТТ и последующего НТТ, а также скринингового и подтверждающего ТТ;

Примечания:

ТТ не могут быть использованы для контроля эффективности терапии, т.к. антитрепонемные антитела длительно циркулируют в организме пациента, перенесшего сифилитическую инфекцию;

ТТ дают положительные результаты при невенерических трепонематозах и спирохетозах;

ТТ могут давать ложноположительные реакции у больных с аутоиммунными заболеваниями, лепрой, онкологическими заболеваниями, эндокринной патологией и при некоторых других заболеваниях;

10.3. диагностический алгоритм сифилитической инфекции с использованием серологических тестов.

Скрининг населения на сифилис (ИФА на суммарные антитела к *T. pallidum*):

при положительном результате скрининга:

параллельное исследование НТ (RPR или VDRL) и другими ТТ (РПГА, РИФ-абс, РИФ-200).

Клинический диагноз раннего сифилиса подтверждается положительными результатами одного ТТ и одного НТТ. Пациент подлежит лечению в соответствии с клиническим диагнозом раннего сифилиса.

Клинический диагноз позднего сифилиса подтверждается положительными результатами не менее чем в двух ТТ. Пациент подлежит лечению в соответствии с клиническим диагнозом позднего сифилиса.

При отрицательном результате скрининга пациент не подлежит дальнейшему серологическому обследованию на сифилис. Лечение не проводится.

Чувствительность и специфичность ТТ (ИФА, РПГА, РИФ) для диагностики сифилиса должна быть не менее 98,0 %.

С целью профилактики вертикальной передачи сифилиса от матери ребенку, своевременной диагностики и лечения беременных должно проводиться обследование на сифилис (НТТ (RPR или VDRL) и ТТ (ИФА или РПГА)): при 1-ой явке, в сроке 28–30 недель беременности, а так же при поступлении в роддом;

10.4. ложноположительные серологические реакции на сифилис (далее – ЛПР) – положительные результаты серологических реакций на сифилис у лиц, не страдающих сифилитической инфекцией и не болевших сифилисом в прошлом. ЛПР могут быть обусловлены техническими погрешностями при выполнении исследований и особенностями организма.

ЛПР разделяют на:

острые (< 6 месяцев);

хронические (> 6 месяцев).

Острые ЛПР могут наблюдаться при:

беременности и во время менструации;

после вакцинации;

после недавно перенесенного инфаркта миокарда;

при многих инфекционных заболеваниях (лепра, малярия, респираторные заболевания, грипп, ветряная оспа, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция) и дерматозах.

Хронические ЛПР могут наблюдаться при:

аутоиммунных заболеваниях;

системных болезнях соединительной ткани;

онкологических заболеваниях;

хронической патологии печени и желчевыводящих путей;
сердечно-сосудистой и эндокринной патологии;
заболеваниях крови;
хронических заболеваниях легких;
инъекционном применении наркотиков;
в старческом возрасте и др.

Ложноположительные реакции ТТ и НТТ могут наблюдаться при эндемических трепонематозах (фрамбезия, пинта, беджель), боррелиозе, лептоспирозе. Количество ЛПР увеличивается с возрастом. В возрастной группе 80-летних лиц распространенность ЛПР составляет 10 %.

Ложноотрицательные серологические реакции на сифилис отмечаются при вторичном сифилисе вследствие феномена прозоны при тестировании неразведенной сыворотки, а также при обследовании лиц с иммунодефицитом, например ВИЧ-инфицированных пациентов;

10.5. объем диагностических мероприятий, проводимых при диагностике сифилитической инфекции, представлен в таблице 1.

**Объем диагностических мероприятий
(при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях)**

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Диагностика	
	Обязательная*	Дополнительная
1	2	3
A50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами**	Физикальный осмотр	ИФА на антитела IgM к T. pallidum
A50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый**	Исследование крови: Общий анализ крови (далее – ОАК) RPR или VDRL ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200	Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов
A50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный**	ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ), мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы Общий анализ мочи (далее – ОАМ) Микроскопическое исследование в темном поле содержимого пузырей, отделяемого сифилидов на T. pallidum Рентгенография длинных трубчатых костей (проводится в первые 2 недели жизни) Консультация: врача-неонатолога или врача-педиатра; врача-невролога; врача-оториноларинголога; врача-офтальмолога Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) сердца, головного мозга, внутренних органов.	Микроскопическое, бактериологическое исследование, методом амплификации нуклеиновых кислот (далее – МАНК), РИФ, ИФА (на антигены) на инфекции, передающиеся половым путем (далее – ИППП) (применяется один из предложенных методов) Электрокардиография (далее – ЭКГ) Компьютерная томография (далее – КТ) и/или магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) очага поражения Рентгенография органов грудной клетки Исследование ликвора: цитоз (с подсчетом количества форменных элементов) определение количества белка, глюкозы RPR или VDRL РИФц (с цельным ликвором) РПГА ИФА Иммуноблоттинг (Western blot) для определения специфических IgM либо IgG***
A50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз**	Физикальный осмотр	Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов
A50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)**	Исследование крови: ОАК RPR или VDRL ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200	Микроскопическое, бактериологическое исследование, МАНК, РИФ, ИФА (на антигены) на ИППП (применяется один из предложенных методов)

<p>A50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами**</p> <p>A50.6 Поздний врожденный сифилис скрытый**</p> <p>A50.7 Поздний врожденный сифилис неуточненный**</p> <p>A50.9 Врожденный сифилис неуточненный**</p>	<p>ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы</p> <p>ОАМ</p> <p>Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого эрозий и язв, сифилидов на T. pallidum</p> <p>ЭКГ</p> <p>УЗИ сердца и сосудов, внутренних органов</p> <p>Консультация: врача-неонатолога или врача-педиатра, врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога</p>	<p>КТ или/и МРТ очага поражения</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки, костей.</p> <p>Исследование ликвора: цитоз (с подсчетом количества форменных элементов), определение количества белка, глюкозы RPR или VDRL, РИФц (с цельным ликвором) РПГА ИФА</p> <p>Анализ кала на яйца гельминтов Соскоб на энтеробиоз</p> <p>Консультация врача-психиатра, врача-стоматолога</p> <p>Иммуноблоттинг (Western blot) для определения специфических IgM либо IgG***</p>
<p>A51 Ранний сифилис</p> <p>A51.0 Первичный сифилис половых органов</p> <p>A51.1 Первичный сифилис анальной области</p> <p>A51.2 Первичный сифилис других локализаций</p>	<p>Физикальный осмотр</p> <p>Исследование крови: ОАК RPR или VDRL</p> <p>ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200</p> <p>ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV ОАМ</p> <p>Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого эрозий, язв на T. pallidum.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки</p> <p>Консультация врача акушера-гинеколога (беременные)</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов</p>	<p>Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы</p> <p>Микроскопическое, бактериологическое исследование, МАНК, РИФ, ИФА (на антигены) на ИППП (применяется один из предложенных методов)</p> <p>Микроскопическое исследование в темном поле пунктата лимфатического узла</p> <p>Консультация: врача-офтальмолога, врача-терапевта (у детей – врача-неонатолога или врача-педиатра), врача-невролога, врача-оториноларинголога</p>
<p>A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек</p>	<p>Физикальный осмотр</p>	<p>Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов</p>

	<p>Исследование крови: ОАК RPR или VDRL ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200 ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы</p> <p>ОАМ</p> <p>Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого сифилидов на T. pallidum</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки</p> <p>Консультация: врача-офтальмолога, врача-терапевта (у детей – неонатолога или педиатра), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача акушера-гинеколога (беременные)</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов</p>	<p>Микроскопическое, бактериологическое исследование, МАНК, РИФ, ИФА (на антигены) на ИППП (применяется один из предложенных методов)</p> <p>ЭКГ</p> <p>КТ или/и МРТ очага поражения</p> <p>УЗИ внутренних органов</p> <p>Исследование ликвора: цитоз (с подсчетом количества форменных элементов) определение количества белка, глюкозы RPR или VDRL РИФц (с цельным ликвором) РПГА ИФА</p>
<p>A51.4 Другие формы вторичного сифилиса</p>	<p>Физикальный осмотр</p> <p>Исследование крови: ОАК RPR или VDRL ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200 ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы</p> <p>ОАМ</p> <p>Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого сифилидов на T. pallidum</p>	<p>Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов</p> <p>Микроскопическое, бактериологическое исследование, МАНК, РИФ, ИФА (на антигены) на ИППП (применяется один из предложенных методов)</p> <p>КТ или/и МРТ очага поражения</p>

	<p>Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>ЭКГ</p> <p>УЗИ сердца и сосудов, внутренних органов</p> <p>Исследование ликвора: цитоз (с подсчетом количества форменных элементов); определение количества белка, глюкозы RPR или VDRL РИФц (с цельным ликвором) РПГА ИФА</p> <p>Консультация: врача-офтальмолога, врача-терапевта/кардиолога (у детей врача-неонатолога или врача-педиатра), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача акушера-гинеколога (беременные)</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов</p>	
<p>A51.5 Ранний сифилис скрытый</p> <p>A51.9 Ранний сифилис неуточненный</p>	<p>Физикальный осмотр</p> <p>Исследование крови: ОАК RPR или VDRL ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200 ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы</p> <p>ОАМ</p> <p>Консультация: врача-офтальмолога, врача-терапевта (у детей – врача-неонатолога или врача-педиатра), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача акушера-гинеколога (беременные)</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов</p>	<p>Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов.</p> <p>Микроскопическое, бактериологическое исследование, МАНК, РИФ, ИФА (на антигены) на ИППП (применяется один из предложенных методов)</p> <p>ЭКГ</p> <p>Исследование ликвора: цитоз (с подсчетом количества форменных элементов) определение количества белка, глюкозы RPR или VDRL РИФц (с цельным ликвором) РПГА ИФА</p>

<p>A52 Поздний сифилис</p> <p>A52.0 Сифилис сердечно-сосудистой системы</p>	<p>Физикальный осмотр</p> <p>Исследование крови: ОАК RPR или VDRL ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200 ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы</p> <p>ОАМ</p> <p>ЭКГ</p> <p>УЗИ сердца и сосудов, внутренних органов</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки</p> <p>КТ или МРТ предполагаемого очага поражения</p> <p>Консультация: врача-офтальмолога, врача-терапевта/кардиолога (у детей – неонатолога или педиатра), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача акушер-гинеколога (беременные)</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов</p>	<p>Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов</p> <p>Микроскопическое, бактериологическое исследование, МАНК, РИФ, ИФА (на антигены) на ИППП (применяется один из предложенных методов)</p> <p>Исследование ликвора: цитоз (с подсчетом количества форменных элементов) определение количества белка, глюкозы RPR или VDRL РИФц (с цельным ликвором) РПГА ИФА</p>
<p>A52.1 Нейросифилис с симптомами</p> <p>A52.2 Асимптомный нейросифилис</p> <p>A52.3 Нейросифилис неуточненный</p>	<p>Физикальный осмотр</p> <p>Исследование крови: ОАК RPR или VDRL ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200 ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы</p>	<p>Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов</p> <p>Микроскопическое, бактериологическое исследование, МАНК, РИФ, ИФА (на антигены) на ИППП (применяется один из предложенных методов)</p> <p>ЭКГ</p> <p>Консультация врача-психиатра</p> <p>КТ или/и МРТ очага поражения.</p>

	<p>ОАМ</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов</p> <p>Консультация: врача-терапевта (врача-педиатра, неонатолога – у детей), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача акушера-гинеколога (беременные)</p> <p>Исследование ликвора: цитоз (с подсчетом количества форменных элементов) определение количества белка, глюкозы RPR или VDRL РИФц (с цельным ликвором) РПГА ИФА</p>	
<p>Третичный сифилис A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса</p>	<p>Физикальный осмотр</p> <p>Исследование крови: ОАК RPR или VDRL ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200 ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы</p> <p>ОАМ</p> <p>ЭКГ</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки</p> <p>Исследование ликвора: цитоз (с подсчетом количества форменных элементов) определение количества белка, глюкозы RPR или VDRL РИФц (с цельным ликвором)</p>	<p>Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов</p> <p>Микроскопическое, бактериологическое исследование, МАНК, РИФ, ИФА (на антигены) на ИППП (применяется один из предложенных методов)</p> <p>КТ или МРТ очага поражения</p>

	<p>РПГА ИФА</p> <p>УЗИ сердца и сосудов, внутренних органов</p> <p>Консультация: врача-офтальмолога, врача-терапевта (у детей – неонатолога или педиатра), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача акушера-гинеколога (беременные)</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов</p>	
<p>A52.8 Поздний сифилис скрытый</p> <p>A52.9 Поздний сифилис неуточненный</p>	<p>Физикальный осмотр</p> <p>Исследование крови: ОАК RPR или VDRL ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200 ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы</p> <p>ОАМ</p> <p>ЭКГ</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки</p> <p>Спинномозговая пункция с исследованием ликвора: цитоз (с подсчетом количества форменных элементов) определение количества белка, глюкозы RPR или VDRL РИФц (с цельным ликвором) РПГА ИФА</p> <p>Консультация: врача-офтальмолога, врача-терапевта (у детей – неонатолога или педиатра), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача акушера-гинеколога (беременные)</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов</p>	<p>Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов.</p> <p>Микроскопическое, бактериологическое исследование, МАНК, РИФ, ИФА (на антигены) на ИППП (применяется один из предложенных методов)</p> <p>УЗИ сердца и сосудов, внутренних органов</p> <p>КТ или МРТ очага поражения</p>

<p>A53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний</p>	<p>Физикальный осмотр</p>	<p>Микроскопическое исследование нативного мазка отделяемого мочеполовых органов.</p>
<p>A53.9 Сифилис неуточненный</p>	<p>Исследование крови: ОАК RPR или VDRL ИФА на антитела к T. pallidum, РПГА, РИФ-абс, РИФ-200 ИФА-ВИЧ ИФА-Hbs антиген ИФА-НСV</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, глюкозы</p> <p>ОАМ</p> <p>ЭКГ</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки</p> <p>Исследование ликвора: цитоз (с подсчетом количества форменных элементов) определение количества белка, глюкозы RPR или VDRL РИФц (с цельным ликвором) РПГА ИФА</p> <p>Консультация: врача-офтальмолога, врача-терапевта (у детей – неонатолога или педиатра), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача акушера-гинеколога (беременные)</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов</p>	<p>Микроскопическое, бактериологическое исследование, МАНК, РИФ, ИФА (на антигены) на ИППП (применяется один из предложенных методов)</p> <p>УЗИ сердца и сосудов, внутренних органов</p> <p>КТ или МРТ очага поражения.</p> <p>Иммуноблоттинг (Western blot) для определения специфических IgM либо IgG***</p>

* При установлении диагноза, далее по показаниям.

** Проводится в организациях здравоохранения республиканского, областного или городского (г. Минск) уровня.

*** Проводится на базе Республиканской референс-лаборатории по диагностике сифилиса.

ГЛАВА 5 ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

11. Лечение сифилиса проводится врачом-дерматовенерологом или под его контролем:

11.1. превентивное лечение сифилиса проводится амбулаторно по одной из методик.

Основная методика:

Бензатин бензилпенициллин – 2,4 млн. ЕД внутримышечно (далее – в/м) однократно.

Альтернативные методики:

Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД 1 раз в сутки, в/м, 10 дней
или

Бициллин-5 – по 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю, в/м, 4 инъекции.

В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда:

Цефтриаксон – по 1,0 г 2 раз в сутки, в/м, 7 дней

или

Доксициклина моногидрат – по 0,1 г 2 раза в сутки, внутрь, 14 дней.

Превентивное лечение реципиента, которому перелита кровь больного сифилисом, проводится по одной из методик, рекомендуемых для лечения первичного сифилиса, если с момента гемотрансфузии прошло не более 3 месяцев.

Превентивное лечение беременных:

Основная методика:

Бензатин бензилпенициллин – 2,4 млн. ЕД в/м однократно.

Альтернативные методики:

Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД 1 раз в сутки, в/м, 10 дней
или

Бициллин-5 – по 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю, в/м, 4 инъекции.

В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда:

Цефтриаксон – по 1,0 г 2 раз в сутки, в/м, 7 дней

или

Эритромицин (при невозможности использования других методик) – по 0,5 внутрь 4 раза в сутки 10 дней.

Превентивное лечение детей (как правило проводится амбулаторно):

дети в возрасте от 1 месяца до 1 года:

Основная методика:

Бензатин бензилпенициллин – разовая доза 600 тыс. ЕД, в/м, однократно (дозу следует разделить пополам и ввести в обе ягодицы).

Альтернативная методика:

Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 900 тыс. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 10 дней.

Дети в возрасте от 1 года до 14 лет:

Основная методика:

Бензатин бензилпенициллин – разовая доза 50 тыс. ЕД/кг (но не менее 600 тыс. ЕД и не более 2,4 млн. ЕД), в/м, однократно (дозу следует разделить пополам и ввести в обе ягодицы).

Альтернативные методики:

Прокаин пенициллин – по 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД) в/м 1 раз в сутки – 10 дней

или

Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД/сут.), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 10 дней.

В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда:

Цефтриаксон – 2 раз в сутки в/м:

до 12 лет – по 50 мг/кг (разовая доза не более 1,0 г);

старше 12 лет и дети с массой тела более 50 кг – по 1,0 г.

Продолжительность лечения – 10 дней

или

Доксициклина моногидрат (назначается только после 8 лет):

от 8 до 12 лет – по 0,05 г внутрь 2 раза в сутки;

старше 12 лет – по 0,1 г внутрь 2 раза в сутки.

Продолжительность лечения – 10 дней

или

Эритромицин (при невозможности использования других методик) – внутрь 4 раза в сутки (через 6 часов), суточная доза:

от 1 года до 3 лет – 0,4 г;

от 3 до 6 лет – 0,5–0,75 г;

от 6 до 8 лет – 0,75 г;

от 8 до 12 лет – 1 г;

старше 12 лет – 1–2 г.

Продолжительность лечения – 10 дней.

В случае переливания крови или ее препаратов от доноров с сифилисом или получающих превентивное лечение и не прошло 3 месяцев после трансфузии – превентивное лечение проводится по одной из методик, рекомендуемых для лечения первичного сифилиса;

11.2. профилактическое лечение проводят с целью предупреждения вертикальной передачи сифилиса от матери плоду:

беременным женщинам, проходившим специфическое лечение сифилиса до беременности, у которых к началу беременности не произошла полная негитивация НТТ;

беременным, проходившим специфическое лечение сифилиса во время беременности;

новорожденным, матерей которых к моменту родов имеют положительный результат НТТ;

новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной (специфическое лечение начато после 30-й недели беременности, нарушение или изменение утвержденных схем лечения) во время беременности матери – проводится по схемам лечения раннего врожденного сифилиса;

новорожденным, матери которых, при наличии показаний во время беременности, не получили профилактического лечения.

Профилактическое лечение сифилиса у беременных проводится начиная с 20-й недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении (после 30-й недели беременности) – непосредственно вслед за ним.

При позднем сифилисе у беременной второй курс специфического лечения проводят после 20 недель беременности. Профилактическое лечение в этом случае не проводится.

Женщины, получившие во время данной беременности превентивное лечение или курс дополнительного лечения сифилиса, профилактическому лечению сифилиса во время беременности не подлежат.

Профилактическое лечение сифилиса у беременных.

Основная методика:

Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки с интервалом 12 часов, в/м, 10 дней.

Альтернативные методики:

Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД 1 раз в сутки, в/м, 10 дней

или

Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД 6 раз в сутки, в/м, 10 дней.

В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда:

Цефтриаксон – по 1,0 г 2 раз в сутки, в/м, 10 дней.

Профилактическое лечение сифилиса у детей.

Основная методика:

Бензилпенициллин (натриевая соль) – разовая доза 100 тыс. ЕД/кг, в/м, каждые 12 часов (с 8-го дня жизни – каждые 8 часов) 10 дней.

Альтернативные методики:

Бензилпенициллин (новокаиновая соль) (в возрасте от 7 до 30 суток) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 900 000 ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 10 дней

или

Цефтриаксон – суточная доза 50 мг/кг (разовая доза не более 1,0 г), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 10 дней;

11.3. специфическое лечение сифилиса.

Показания к госпитализации пациентов с сифилисом:

подозрение на наличие или установленный диагноз нейросифилиса;

подозрение на наличие или установленный диагноз кардиоваскулярного сифилиса и других висцеральных поражений;

сифилитическое поражение опорно-двигательного аппарата;

поздний скрытый и неуточненный сифилис;

третичный сифилис;

сифилис у беременных (угроза прерывания, социальные показания);

врожденный сифилис у детей;

все формы заболевания, подлежащие лечению с использованием водорастворимого пенициллина;

указание в анамнезе на непереносимость антибактериальных препаратов пенициллинового ряда;

ВИЧ-инфекция;

работники эпидемиологически значимых профессий, которые могут явиться источниками распространения сифилиса в связи с особенностями производства или выполняемой ими работы (услуги);

лица без определенного места жительства;

лица, которым обязали принудительное лечение по решению суда.

Лечение сифилиса у детей представлено в соответствующих разделах. Лечение детей старше 14 лет проводится по методикам взрослых пациентов.

В настоящее время в связи с наличием эффективных и краткосрочных методов лечения выявление сифилиса не является медицинским показанием для прерывания беременности. Решение о сохранении или прерывании беременности принимает женщина.

При лечении сифилиса у беременных Эритромицином новорожденному при отсутствии данных о наличии врожденного сифилиса проводится профилактическое лечение по схеме раннего врожденного скрытого сифилиса.

Схемы специфического лечения сифилиса по нозологическим формам представлены в таблице 2.

Таблица 2

Схемы специфического лечения сифилиса

1	2
A50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами*	Основная методика: дети до 7 суток и от 8 до 30 суток: Бензилпенициллин (натриевая соль) – разовая доза 100 тыс. ЕД/кг в/м, каждые 12 часов (с 8-го дня жизни – каждые 8 часов), 20 дней;
A50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый*	дети в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 900 тыс. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней;
A50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный*	дети в возрасте от 1 года до 2 лет: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней; Альтернативные методики:

	<p>дети до 7 суток и от 8 до 30 суток: Бензилпенициллин (натриевая соль) – разовая доза 60 тыс. ЕД/кг в/венно медленно в 20 мл физиологического раствора хлористого натрия каждые 12 часов, (с 8-го дня – каждые 8 часов), 20 дней; дети в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев: Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней; дети в возрасте от 1 года до 14 лет: Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 6 инъекций (разовая доза – не более 1 млн. ЕД) с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней или Бензатин бензилпенициллин – разовая доза 50 тыс. ЕД/кг (но не менее 600 тыс. ЕД и не более 2,4 млн. ЕД), в/м, 1 раз в 7 дней, 3 инъекции (дозу следует разделить пополам и ввести в обе ягодицы). В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Цефтриаксон: детям первых 2 месяцев жизни – суточная доза 50 мг/кг в/м в 2 введения, 20 дней; детям от двух месяцев до 2 лет – суточная доза 80 мг/кг в/м в 2 введения, 20 дней. Продолжительность лечения при скрытом раннем врожденном сифилисе – 20 суток, при манифестном раннем врожденном сифилисе (в том числе с поражением ЦНС) – 28 суток. или Эритромицин (при невозможности использования других методик) – внутрь 4 раза в сутки (суточная доза делится на 4 приема, через 6 часов): от 1 года до 3 лет – 0,4 г; от 3 до 6 лет – 0,5–0,75 г; от 6 до 8 лет – 0,75 г; от 8 до 12 лет – 1 г; старше 12 лет – 1–2 г. Продолжительность лечения – 30 дней.</p>
<p>A50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз*</p> <p>A50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)*</p> <p>A50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами*</p> <p>A50.6 Поздний врожденный сифилис скрытый*</p> <p>A50.7 Поздний врожденный сифилис неуточненный*</p> <p>A50.9 Врожденный сифилис неуточненный*</p>	<p>За 2,5–3 часа до первой инъекции антибиотика и далее в первые 3 дня антибиотикотерапии – глюкокортикостероиды (далее – ГКС) (по преднизолону – 0,5 мг/кг массы тела в/м однократно). Основная методика: Новокаиновая соль бензилпенициллина в/м, суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, 28 дней. Проводится два аналогичных курса с интервалом 2 недели. Альтернативные методики: Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 6 инъекций (разовая доза – не более 1 млн. ЕД) с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней. Проводится два аналогичных курса с интервалом 2 недели. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Цефтриаксон – суточная доза 80 мг/кг разделенная на 2 инъекции с интервалом в 12 часов, в/м. Продолжительность лечения при скрытом позднем врожденном сифилисе – 20 суток, при манифестном позднем врожденном сифилисе (в том числе с поражением ЦНС) – 28 суток. Проводится два аналогичных курса с интервалом 2 недели или Доксициклина моногидрат (назначается только после 8 лет): от 8 до 12 лет – по 0,05 г внутрь 2 раза в сутки; старше 12 лет – по 0,1 г внутрь 2 раза в сутки. Продолжительность лечения – 30 дней. Проводится два аналогичных курса с интервалом 2 недели или Эритромицин (при невозможности использования других методик) – внутрь 4 раза в сутки (через 6 часов), суточная доза: от 2 до 3 лет – 0,4 г; от 3 до 6 лет – 0,5–0,75 г; от 6 до 8 лет – 0,75 г; от 8 до 12 лет – 1 г; старше 12 лет – 1–2 г. Продолжительность лечения – 30 дней. Проводится два аналогичных курса с интервалом 2 недели.</p>

A51 Ранний сифилис	<p>Лечение:</p> <p>Основная методика:</p> <p>Бензатин бензилпенициллин – 2 инъекции по 2,4 млн. ЕД в/м с интервалом 1 неделя.</p> <p>Альтернативные методики:</p> <p>Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 14 дней или</p> <p>Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 14 дней или</p> <p>Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 14 дней.</p> <p>В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда:</p> <p>Цефтриаксон – по 1,0 г 2 раза в сутки, в/м, 14 дней или</p> <p>Доксициклина моногидрат – по 0,1 г 2 раза в сутки, внутрь, 20 дней или</p> <p>Эритромицин (при невозможности использования других методик) – по 0,5 г 4 раза в сутки, внутрь, 20 дней.</p> <p>Лечение беременных:</p> <p>Основная методика:</p> <p>Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 14 дней</p> <p>Альтернативные методики:</p> <p>Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 14 дней или</p> <p>Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 14 дней или</p> <p>Бензатин бензилпенициллин (не применяется после 18 недель беременности) – 2 инъекции по 2,4 млн. ЕД в/м с интервалом 1 неделя.</p> <p>В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда:</p> <p>Цефтриаксон – по 1,0 г в/м 2 раза в сутки 14 дней или</p> <p>Эритромицин (при невозможности использования других методик) – по 0,5 г внутрь 4 раза в сутки 20 дней.</p> <p>Лечение детей:</p> <p>Основная методика:</p> <p>дети в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев:</p> <p>Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 900 тыс. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 14 дней.</p> <p>Альтернативные методики:</p> <p>Прокаин пенициллин – по 100 тыс. ЕД/кг в/м 1 раз в сутки – 14 дней или</p> <p>Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 14 дней;</p> <p>дети в возрасте от 1 года до 14 лет:</p> <p>Основная методика:</p> <p>Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД/сут.), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 14 дней.</p> <p>Альтернативные методики:</p> <p>Прокаин пенициллин – по 50 тыс. ЕД/кг в/м 1 раз в сутки – 14 дней или</p> <p>Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 6 млн. ЕД в сутки), разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 14 дней или</p> <p>Бензатин бензилпенициллин – разовая доза 50 тыс. ЕД/кг (но не менее 600 тыс. ЕД и не более 2,4 млн. ЕД), в/м, 1 раз в 7 дней, 2 инъекции (дозу следует разделить пополам и ввести в обе ягодицы).</p> <p>В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда:</p> <p>Цефтриаксон – суточная доза 80 мг/кг, разделенная на 2 инъекции с интервалом в 12 часов (разовая доза – не более 1,0 г), в/м, 14 дней.</p> <p>или</p> <p>Доксициклина моногидрат – назначается только после 8 лет: от 8 до 12 лет – по 0,05 г внутрь 2 раза в сутки; старше 12 лет – по 0,1 г внутрь 2 раза в сутки</p>
--------------------	---

	<p>Продолжительность лечения – 20 дней или Эритромицин (при невозможности использования других методик) – внутрь 4 раза в сутки (через 6 часов), суточная доза: от 1 года до 3 лет – 0,4 г; от 3 до 6 лет – 0,5–0,75 г; от 6 до 8 лет – 0,75 г; от 8 до 12 лет – 1 г; старше 12 лет – 1–2 г Продолжительность лечения – 20 дней</p>
A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек	<p>Основная методика: Бензатин бензилпенициллин – 3 инъекции по 2,4 млн. ЕД в/м с интервалом 1 неделя. Альтернативные методики:</p>
A51.5 Ранний сифилис скрытый	<p>Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней или Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней</p>
A51.9 Ранний сифилис неуточненный	<p>или Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Цефтриаксон – по 1,0 г 2 раза в сутки, в/м, 20 дней или Доксициклина моногидрат – по 0,1 г 2 раза в сутки, внутрь, 30 дней или Эритромицин (только при невозможности использования других методик) – по 0,5 г 4 раза в сутки, внутрь, 30 дней.</p> <p>Лечение беременных: Основная методика: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней. Альтернативные методики: Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней или Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней или Бензатин бензилпенициллин (не применяется после 18 недель беременности) – 3 инъекции по 2,4 млн. ЕД в/м с интервалом 1 неделя. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Цефтриаксон – по 1,0 г 2 раза в сутки, в/м, 20 дней или Эритромицин (только при невозможности использования других методик) – по 0,5 г 4 раза в сутки, внутрь, 30 дней</p> <p>Лечение детей: Основная методика: дети в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 900 тыс. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней Альтернативные методики: Прокаин пенициллин – по 100 тыс. ЕД/кг в/м 1 раз в сутки – 28 дней или Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней; дети в возрасте от 1 года до 14 лет: Основная методика: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД/сут.), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней. Альтернативные методики: Прокаин пенициллин – по 50 тыс. ЕД/кг в/м 1 раз в сутки – 28 дней или Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 6 млн. ЕД в сутки), разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней или</p>

	<p>Бензатин бензилпенициллин – разовая доза 50 тыс. ЕД/кг (но не менее 600 тыс. ЕД и не более 2,4 млн. ЕД), в/м, 1 раз в 7 дней, 3 инъекции (дозу следует разделить пополам и ввести в обе ягоды).</p> <p>В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Цефтриаксон – суточная доза 80 мг/кг, разделенная на 2 инъекции с интервалом в 12 часов (разовая доза – не более 1,0 г), в/м, 20 дней.</p> <p>или Доксициклина моногидрат – назначается только после 8 лет: от 8 до 12 лет – по 0,05 г внутрь 2 раза в сутки; старше 12 лет – по 0,1 г внутрь 2 раза в сутки</p> <p>Продолжительность лечения – 30 дней</p> <p>или Эритромицин (при невозможности использования других методик) – внутрь 4 раза в сутки (через 6 часов), суточная доза: от 1 года до 3 лет – 0,4 г; от 3 до 6 лет – 0,5–0,75 г; от 6 до 8 лет – 0,75 г; от 8 до 12 лет – 1 г; старше 12 лет – 1–2 г.</p> <p>Продолжительность лечения – 30 дней.</p>
<p>A51.4 Другие формы вторичного сифилиса</p>	<p>При подозрении на раннее поражение нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата (A51.4) в первые 3 дня антибиотикотерапии рекомендуются ГКС (по преднизолону 30 мг в сутки парентерально или 20 мг внутрь).</p> <p>Основная методика: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 6,0 млн. ЕД внутривенно (далее – в/венно) капельно в 250–400 мл 0,9 % раствора натрия хлорида 4 раза в сутки 14 дней, затем Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 14 дней.</p> <p>Альтернативные методики: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней</p> <p>или Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней</p> <p>или Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней.</p> <p>В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Цефтриаксон – по 1,0 г в/м или в/венно (в течение 3–4 минут в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней</p> <p>или Доксициклина моногидрат – по 0,1 г 2 раза в сутки, внутрь, 30 дней</p> <p>или Эритромицин (при невозможности использования других методик) – по 0,5 г внутрь 4 раза в сутки 30 дней.</p> <p>Лечение беременных: Основная методика: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней.</p> <p>Альтернативные методики: Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней.</p> <p>или Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней.</p> <p>В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Цефтриаксон – по 1,0 г в/м или в/венно (в течение 3–4 минут в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней</p> <p>или Эритромицин (при невозможности использования других методик) – по 0,5 г внутрь 4 раза в сутки 30 дней.</p> <p>Лечение детей: Основная методика: дети в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев: Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней.</p>

	<p>Альтернативные методики: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 900 тыс. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней или Прокаин пенициллин – по 100 тыс. ЕД/кг в/м 1 раз в сутки – 28 дней; дети в возрасте от 1 года до 14 лет: Основная методика: Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 6 млн. ЕД в сутки), разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней. Альтернативные методики: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней или Прокаин пенициллин – по 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД) в/м 1 раз в сутки – 28 дней. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Цефтриаксон – суточная доза 80 мг/кг, разделенная на 2 инъекции с интервалом в 12 часов (разовая доза – не более 1,0 г), в/м, 20 дней или Доксициклина моногидрат – назначается только после 8 лет: от 8 до 12 лет – по 0,05 г внутрь 2 раза в сутки; старше 12 лет – по 0,1 г внутрь 2 раза в сутки. Продолжительность лечения – 30 дней.</p>
<p>A52 Поздний сифилис A52.0 Сифилис сердечно-сосудистой системы</p>	<p>Лечение пациентов с сифилисом сердечно-сосудистой системы проводят в условиях дерматовенерологического или терапевтического/кардиологического стационара. Лечение проводится врачом-дерматовенерологом, назначающим специфическое лечение, совместно с врачом терапевтом/кардиологом, рекомендуя сопутствующую и симптоматическую терапию. В первые 3 дня антибиотикотерапии рекомендуются ГКС (по преднизолону 30 мг в сутки парентерально или 20 мг внутрь) Основная методика: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 6,0 млн. ЕД в/венно капельно в 250–400 мл 0,9 % раствора натрия хлорида 4 раза в сутки 14 дней, затем Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 14 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй курс: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 20 дней. Альтернативные методики: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе или Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе или Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Проводится 2 курса лечения с 2-недельным интервалом по одной из методик: Цефтриаксон – по 1,0 г в/м или в/венно (в течение 3–4 минут в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней или Доксициклина моногидрат – по 0,1 г 2 раза в сутки, внутрь, 30 дней или Эритромицин (при невозможности использования других методик) – по 0,5 г 4 раза в сутки, внутрь, 30 дней.</p> <p>Лечение беременных: Основная методика: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе. Альтернативные методики:</p>

	<p>Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе</p> <p>или</p> <p>Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе.</p> <p>В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Проводится 2 курса лечения с 2-недельным интервалом по одной из приведенных ниже методик:</p> <p>Цефтриаксон – по 1,0 г в/м или в/венно (в течение 3–4 минут в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней.</p> <p>Лечение детей: Основная методика: дети в возрасте от 2 до 14 лет: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе.</p> <p>Альтернативные методики: Прокаин пенициллин – по 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД) в/м 1 раз в сутки – 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе</p> <p>или</p> <p>Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 6 млн. ЕД в сутки), разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе.</p> <p>В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Проводится 2 курса лечения с 2-недельным интервалом по одной из методик: Цефтриаксон – суточная доза 80 мг/кг, разделенная на 2 инъекции с интервалом в 12 часов (разовая доза – не более 1,0 г), в/м, 20 дней.</p> <p>или</p> <p>Доксициклина моногидрат – назначается только после 8 лет: от 8 до 12 лет – по 0,05 г внутрь 2 раза в сутки; старше 12 лет – по 0,1 г внутрь 2 раза в сутки. Продолжительность лечения – 30 дней.</p>
A52.1 Нейросифилис с симптомами	Лечение пациентов с манифестными формами нейросифилиса осуществляется в условиях неврологического/ психиатрического стационара. Специфическое лечение назначается врачом-дерматовенерологом.
A52.2 Асимптомный нейросифилис	Лечение пациентов с асимптомными формами нейросифилиса осуществляется в условиях стационара дерматовенерологического профиля врачом-дерматовенерологом совместно с врачом-неврологом, врачом-психиатром и при необходимости – врачом-окулистом и врачом-отоларингологом.
A52.3 Нейросифилис неуточненный	<p>В первые 3 дня антибиотикотерапии рекомендуются ГКС (по преднизолону 30 мг в сутки парентерально или 20 мг внутрь).</p> <p>При гуммах головного или спинного мозга применение ГКС на 5 дней опережает антибиотикотерапию (30 мг в сутки парентерально или 20 мг внутрь 1 раз в сутки 5 дней)</p> <p>Основная методика (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 6,0 млн. ЕД в/венно капельно в 250–400 мл 0,9 % раствора натрия хлорида 4 раза в сутки 14 дней, затем Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 14 дней</p> <p>Альтернативные методики (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней</p> <p>или</p> <p>Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней</p> <p>В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Цефтриаксон – по 1,0 г в/м или в/венно (в течение 3–4 минут в 10 мл 0,9 % раствора</p>

	<p>натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней или Доксициклина моногидрат – по 0,1 г 2 раза в сутки, внутрь, 30 дней</p> <p>Лечение беременных: Основная методика проводится по аналогичным схемам. Альтернативная методика (два курса с интервалом 1 месяц): Цефтриаксон – по 1,0 г в/м или в/венно медленно (в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней.</p> <p>Лечение детей: Основная методика (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): дети в возрасте от 1 года до 14 лет: Основная методика: Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 6 млн. ЕД в сутки), разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней. Альтернативные методики (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Цефтриаксон – суточная доза 80 мг/кг, разделенная на 2 инъекции с интервалом в 12 часов (разовая доза – не более 1,0 г), в/м, 20 дней. или Доксициклина моногидрат – назначается только после 8 лет: от 8 до 12 лет – по 0,05 г внутрь 2 раза в сутки; старше 12 лет – по 0,1 г внутрь 2 раза в сутки. Продолжительность лечения – 30 дней.</p>
Третичный сифилис A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса	<p>В первые 3 дня антибиотикотерапии рекомендуются ГКС (по преднизолону 30 мг в сутки парентерально или 20 мг внутрь) Основная методика: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 6,0 млн. ЕД в/венно капельно в 250–400 мл 0,9 % раствора натрия хлорида 4 раза в сутки 14 дней, затем Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 14 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй курс: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней. Альтернативные методики (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней или Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней или Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Цефтриаксон – по 1,0 г в/м или в/венно (в течение 3–4 минут в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней или Доксициклина моногидрат – по 0,1 г 2 раза в сутки, внутрь, 30 дней.</p> <p>Лечение беременных: Основная методика (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней Альтернативные методики (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней. или Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Цефтриаксон – по 1,0 г в/м или в/венно (в течение 3–4 минут в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней.</p>

	<p>Лечение детей: дети в возрасте от 2 до 14 лет: Основная методика (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 6 млн. ЕД в сутки), разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней. Альтернативные методики (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней. или Прокаин пенициллин – по 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн.) ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда (проводится два аналогичных курса с интервалом в 1 месяц): Цефтриаксон – суточная доза 80 мг/кг, разделенная на 2 инъекции с интервалом в 12 часов (разовая доза – не более 1,0 г), в/м, 20 дней или Доксициклина моногидрат – назначается только после 8 лет: от 8 до 12 лет – по 0,05 г внутрь 2 раза в сутки; старше 12 лет – по 0,1 г внутрь 2 раза в сутки. Продолжительность лечения – 30 дней.</p>
<p>A52.8 Поздний сифилис скрытый A52.9 Поздний сифилис неуточненный</p>	<p>Основная методика: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе. Альтернативные методики: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе или Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Проводится 2 курса лечения с 2-недельным интервалом по одной из методик: Цефтриаксон – по 1,0 г в/м или в/венно (в течение 3–4 минут в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней или Доксициклина моногидрат – по 0,1 г 2 раза в сутки, внутрь, 30 дней</p> <p>Лечение беременных: Основная методика: Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД в/м 6 раз в сутки 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе. Альтернативные методики: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки (с интервалом 12 часов) – 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе или Прокаин пенициллин – по 1,2 млн. ЕД в/м 1 раз в сутки – 28 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе. В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда: Цефтриаксон – по 1,0 г в/м или в/венно (в течение 3–4 минут в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней. Через 2 недели после окончания первого курса лечения проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе.</p> <p>Лечение детей: дети в возрасте от 2 до 14 лет: Основная методика: Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД/сут.), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней. После 2-недельного перерыва проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе</p>

	<p>Альтернативные методики:</p> <p>Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 6 млн. ЕД в сутки), разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней. После 2-недельного перерыва проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе</p> <p>или</p> <p>Прокаин пенициллин – по 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД) в/м 1 раз в сутки – 28 дней. После 2-недельного перерыва проводится второй 20-дневный курс лечения тем же препаратом в той же суточной дозе</p> <p>В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда:</p> <p>Проводится 2 курса лечения с 2-недельным интервалом по одной из методик:</p> <p>Цефтриаксон – суточная доза 80 мг/кг, разделенная на 2 инъекции с интервалом в 12 часов (разовая доза – не более 1,0 г), в/м, 20 дней.</p> <p>или</p> <p>Доксициклин – назначается только после 8 лет: от 8 до 12 лет – по 0,05 внутрь 2 раза в сутки; старше 12 лет – по 0,1 внутрь 2 раза в сутки. Продолжительность лечения – 30 дней.</p>
<p>A53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний</p> <p>A53.9 Сифилис неуточненный</p>	<p>Лечение проводить согласно заключительному клиническому диагнозу по схемам раннего либо позднего сифилиса.</p>

* Проводится в организациях здравоохранения республиканского, областного или городского (г. Минск) уровня.

ГЛАВА 6 КРИТЕРИИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

12. Критерии неэффективности лечения сифилиса:

сохранение или рецидив клинических проявлений (клинический рецидив);
устойчивое повышение титра НТТ в 4 раза и более по сравнению с исходными.

При отсутствии данных, свидетельствующих о реинфекции, повторный позитивный результат НТТ после периода временной негативации (серологический рецидив).

Стойкое сохранение положительных НТТ без тенденции к снижению титров антител в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса (серологическая резистентность/стойкий серологический статус).

В случае если в течение 12 месяцев после окончания специфического лечения по поводу ранних форм сифилиса не выявлен отрицательный результат НТТ, но титр антител постепенно снижается (не менее чем в 4 раза), констатируют замедленную негативацию НТТ. Клинико-серологическое наблюдение за такими пациентами осуществляют в течение 2 лет, после чего решают вопрос о целесообразности назначения дополнительного лечения.

13. Дополнительное лечение назначается в случае:

отсутствия 4-кратного снижения титра НТТ через 1 год после окончания лечения ранних форм сифилиса;

отсутствия полной негативации НТТ через 2 года после окончания лечения ранних форм сифилиса;

отсутствия 4-кратного снижения титра НТТ через 6 месяцев после окончания лечения раннего врожденного сифилиса.

Перед дополнительным лечением показано проведение повторного обследования пациентов врачами-специалистами (дерматовенеролог, офтальмолог, невролог, терапевт, оториноларинголог) и исследование ликвора, даже в случае отсутствия клинической неврологической симптоматики.

В случае выявления специфической патологии нервной системы и внутренних органов устанавливается диагноз нейро- или висцерального сифилиса и проводится соответствующее специфическое лечение по методикам этих форм.

Показания для проведения дополнительного курса лечения после лечения нейроросифилиса:

отсутствие нормализации количества клеток в ликворе через 6 месяцев после окончания лечения или в случае, если, вернувшись к норме, их количество вновь увеличивается;

отсутствие снижения позитивности НТТ в ликворе через 1 год после окончания лечения;

отсутствие существенного снижения содержания белка в ликворе через 2 года после окончания лечения.

Дополнительное лечение в этом случае проводится по методикам лечения нейроросифилиса.

Уровень белка в ликворе изменяется медленнее, чем цитоз и серологические реакции, и требуется до 2 лет для его нормализации. Сохранение повышенного, но снижающегося уровня белка при нормальных показателях цитоза и отрицательных результатах серологических тестов не служит показанием для проведения дополнительного курса терапии.

В случае отсутствия специфической патологии нервной системы и внутренних органов дополнительное лечение проводится однократно.

Основная методика:

Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 6 млн. ЕД в/венно капельно в 250–400 мл 0,9 % раствора хлорида натрия 4 раза в сутки, 14 дней, затем Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД 6 раз в сутки, в/м, 14 дней.

Альтернативные методики:

Бензилпенициллин (натриевая соль) – по 1 млн. ЕД 6 раз в сутки, в/м, 28 дней.

В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда:

Цефтриаксон – по 1,0–2,0 г в/м или в/венно (в течение 3–4 минут в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или воды для инъекций) 2 раза в сутки 20 дней
или

Доксициклина моногидрат – по 0,1 г внутрь 2 раза в сутки 30 дней.

Лечение детей:

Основная методика:

Бензилпенициллин (натриевая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 6 млн. ЕД), разделенная на 6 инъекций с интервалом в 4 часа, в/м, 28 дней.

Альтернативная методика:

Бензилпенициллин (новокаиновая соль) – суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн. ЕД), разделенная на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, 28 дней.

В случае непереносимости препаратов пенициллинового ряда:

Цефтриаксон – суточная доза 80 мг/кг, разделенная на 2 инъекции с интервалом в 12 часов (разовая доза – не более 1,0 г), в/м, 20 дней
или

Доксициклина моногидрат (назначается только после 8 лет):

от 8 до 12 лет – по 0,05 г внутрь 2 р/сут.;

старше 12 лет – по 0,1 г 2 р/сут.

Продолжительность лечения – 30 дней.

ГЛАВА 7

КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ. СНЯТИЕ С УЧЕТА

14. Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после окончания лечения.

15. Клинико-серологический контроль (далее – КСК) после окончания специфического лечения сифилиса у взрослых и детей осуществляется 1 раз в 6 месяцев с постановкой НТТ, 1 раз в год – с постановкой ТТ (РПГА, РИФ, ИФА) использовавшихся при диагностике заболевания:

15.1. КСК у пациентов с ранними формами сифилиса, имевшими до лечения положительные результаты НТТ, проводится до негитивации серологических НТТ, а затем еще в течение 12 месяцев (в течение которых необходимо провести 2 обследования). Длительность КСК определяется индивидуально в зависимости от результатов лечения;

15.2. КСК у пациентов с поздними формами сифилиса проводится не менее 3 лет. Решение о снятии с учета или продлении контроля принимается индивидуально;

15.3. КСК у пациентов с нейросифилисом независимо от стадии проводится не менее 3 лет с обязательным контролем ликвора 1 раз в 12 месяцев. Сохранение патологических изменений (с учетом НТТ) является показанием к дополнительному лечению. Показанием для снятия с КСК является стойкая нормализация состава ликвора, даже при сохранении остаточных клинических проявлений;

15.4. КСК у детей, родившихся от серопозитивных матерей, но не болевших врожденным сифилисом, проводится в течение 1 года. Первый КСК проводится в возрасте 3 месяцев и включает консультации врачами-специалистами (педиатром, неврологом, окулистом, отоларингологом), серологическое обследование, включающее RPR или VDRL, РПГА, РИФ, ИФА. В случае отрицательных результатов серологического обследования и отсутствия клинических симптомов заболевания обследование повторяют перед снятием с учета в возрасте 1 года. В иных случаях обследование проводят в 6-, 9- и 12-месячном возрасте.

КСК у детей, получавших специфическое лечение по поводу ранних форм сифилиса, проводится не менее 3 лет, по поводу поздних форм сифилиса – не менее 5 лет, с кратностью 1 раз в 6 месяцев;

15.5. при возникновении клинического или серологического рецидива, а также в случае сохранения стойких позитивных результатов НТТ или замедленной негитивации серологических реакций пациенту (как взрослому, так и ребенку) показаны консультации врачами-специалистами (терапевтом/педиатром, неврологом, офтальмологом, оториноларингологом), исследование ликвора, УЗИ сердца, сосудов и внутренних органов, клиничко-серологическое обследование полового партнера. Лечение проводят по методикам, указанным в разделе «Дополнительное лечение»;

15.6. клиничко-серологический контроль реципиентов, которым перелита кровь или ее препараты от больных сифилисом:

в случае переливания крови или ее препаратов от пролеченных, но не снятых с учета доноров – ежемесячный КСК в течение 3 месяцев, включающий RPR или VDRL, РПГА, РИФ, ИФА;

в случае переливания крови или ее препаратов от доноров с сифилисом или получающих превентивное лечение и не прошло 3 месяцев после трансфузии – КСК в течение 6 месяцев (1 раз в 3 месяца);

в случае если после трансфузии прошло 3 месяца и реципиент здоров – лечение и дальнейший контроль не проводятся.

16. Снятие с учета.

Проводится по окончании срока наблюдения с полным клиничко-серологическим обследованием, включающим RPR или VDRL, РПГА, РИФ, ИФА и консультации врачами-специалистами (терапевтом/педиатром, неврологом, офтальмологом, оториноларингологом), исследование ликвора (при нейросифилисе), УЗИ сердца, сосудов (при кардиоваскулярном сифилисе), УЗИ внутренних органов (при сифилисе с висцеральными поражениями).

17. К работе с детьми или на предприятиях общественного питания допускаются лица, получившие полноценный курс специфического лечения по поводу сифилиса, после регресса клинических симптомов заболевания (при наличии манифестной формы сифилиса).

Дети, получающие специфическое лечение по поводу сифилиса, могут посещать детское учреждение после исчезновения клинических проявлений и завершения курса специфического лечения.