

Утверждено  
на Экспертной комиссии  
по вопросам развития здравоохранения  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
протокол №10  
от «4» июля 2014 года

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК**

### **I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек

**2. Код протокола:**

**3. Код (коды) МКБ X**

A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

АМП –антимикробные препараты

в/м - внутримышечно

г - грамм

ЕД – единицы действия

ИФА – иммуноферментный анализ

КСР – комплекс серологических реакций

МНН – международное непатентованное название

мл – миллилитр

мг – миллиграмм

ПЦР – полимеразная цепная реакция

ПИФ – прямая иммунофлюоресценция

РИБТ – реакция иммобилизации бледных трепонем

РИФ – реакция иммунофлюоресценции

РМП – реакция микропреципитации

РСК – реакция связывания комплемента

РПГА - реакция пассивной гемагглютинации

р-р - раствор

RW – реакция Вассермана

**5. Дата разработки протокола:** 2014 год.

**6. Категория пациентов:** взрослые, дети.

**7. Пользователи протокола:** дерматовенерологи, гинекологи, урологи, врачи общей практики, терапевты, педиатры.

## **II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

**8. Сифилис** [1, 2, 3] - инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, передаваемое преимущественно половым путём, для которого характерно хроническое прогрессирующее (стадийное), рецидивирующее течение.

Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек возникает в результате гематогенной диссеминации инфекции, в среднем, после 9 - 10 недель после заражения.

Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек - это разновидность сифилиса, для которого характерна специфическая сыпь - пятнистые, папулезные, пустулезные и везикулезные сифилиды на коже и/или слизистых оболочках (диффузные и локальные розеолезные и папулезные сифилиды); лейкодерма (пятнистая, сетчатая, мраморная); алоpecia (мелкоочаговая, диффузная, смешанная).

На фоне вторичных кожных проявлений могут развиваться ранние висцеральные поражения - кардиоваскулярный сифилис, гепатит, гастрит и др., поражения опорно-двигательного аппарата (ночные боли в длинных трубчатых костях конечностей, синовиты, остеоартриты).

### **9. Клиническая классификация**

**Клиническая классификация сифилиса вторичного кожи и слизистых оболочек [1, 2, 3]:**

**По стадии течения:**

- сифилис вторичный свежий;
- сифилис вторичный рецидивный;
- сифилис скрытый.

**По форме:**

- розеолезный сифилид;
- папулезный сифилид;
- сифилитическая алоpecia;
- сифилитическая лейкодерма;
- очаги поражения на слизистых оболочках;
- широкая кондилома;
- пустулезный сифилид.

### **10. Показания к госпитализации с указанием типа госпитализации:**

Показания для экстренной госпитализации: отсутствуют.

Показания для плановой госпитализации:

- пациенты с подозрением и/или установленным диагнозом сифилис вторичный кожи и слизистых;

- социальные показания, в частности для лиц без определенного места жительства (плановая).
- Больные вторичным сифилисом с клиническими и лабораторно подтвержденными проявлениями сифилитического поражения нервной системы госпитализируются в неврологические отделения медицинских организаций.

Кроме того, свой вклад в показания к госпитализации вносит выбор АМП в качестве специфической терапии. К примеру, применение водорастворимого пенициллина сопровождается частым кратным его применением, что затруднительно в амбулаторных условиях.

## **11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий**

### **11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- Общеклинические методы: Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом половых органов с помощью темнопольной микроскопии
- Серологические: постановка реакции Вассермана в сыворотке крови
- Постановка РПГА с антигеном бледной трепонемы в сыворотке крови
- ПЦР: обнаружение *Treponema pallidum* в биологическом материале методом ПЦР
- ИФА: определение Ig M, Ig G к *Treponema pallidum* в сыворотке крови ИФА-методом
- ИФ: определение антител к *Treponema pallidum* в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции
- Реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном в сыворотке крови:
- Общеклиническое исследование уrogenитального мазка (окраска метиленовым синим и/или по Граму) на другие ИППП (до начала терапии).

### **11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- Культуральное исследование для идентификации условно-патогенных микроорганизмов (аэробных, факультативно- и облигатно-анаэробных, в том числе ассоциированных с бактериальным вагинозом);
- УЗИ органов малого таза.

### **11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:**

#### Основные

- микроскопия в темном поле или прямая иммунофлюоресценция (ПИФ) или полимеразная цепная реакция (ПЦР).
- При невозможности проведения прямой детекции следует использовать серологические тесты:

- Нетрепонемные тесты – один из списка: МРП (микрореакция преципитации) с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги: RPR (Rapid Plasma Reagins) – тест быстрых плазменных реагинов; VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory – тест Исследовательской лаборатории венерических болезней); РСК – Реакция Связывания Комплекмента с кардиолипиновым и трепонемным антигенами.

и/или

- Трепонемные - один из списка: Реакция Пассивной Гемагглютинации (РПГА); иммуноферментный анализ (ИФА) на антитела классов IgM, IgG и суммарные; реакция иммунофлюоресценции (РИФ или FTA), Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИТ); ПЦР.

- Общий анализ крови;
- Общий анализ мочи;
- Биохимические анализы крови (АсАТ, АлАТ, общий билирубин, глюкоза);
- Тест на ВИЧ;
- Кал на яйца глист (у детей до 14 лет);
- Тест на гепатиты - В, С.

**11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне** (при плановой госпитализации проводятся диагностические обследования непроведенные на амбулаторном уровне):

- Общий анализ крови (к концу терапии);
- Общий анализ мочи (к концу терапии);
- МАНК (ПЦР) на другие ИППП (в первую очередь идентификация *S. Trachomatis*) до начала терапии;
- Микроскопия мазка (окраска метиленовым синим и/или по Граму для идентификации *N. Gonorrhoeae* и *T. vaginalis*) - до лечения.
- К концу терапии для контроля эффективности терапии - нетрепонемные тесты – один из списка: МРП (микрореакция преципитации) с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги: RPR (Rapid Plasma Reagins) – тест быстрых плазменных реагинов; VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory – тест Исследовательской лаборатории венерических болезней).

**11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне** (при плановой госпитализации проводятся диагностические обследования непроведенные на амбулаторном уровне):

- Культуральное исследование для идентификации условно-патогенных микроорганизмов (аэробных, факультативно - и облигатно-анаэробных, в том числе ассоциированных с бактериальным вагинозом);
- УЗИ органов малого таза;

**11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:** не проводятся.

**12. Диагностические критерии:**

## **12.1 Жалобы и анамнез:**

### **Жалобы:**

- поражение кожи и слизистых оболочек, половых органов,
- выпадение волос,
- субъективные ощущения в области высыпаний;
- увеличение лимфатических узлов.

### **Анамнез:**

Обязательно выясняются следующие данные:

- давность появления высыпаний на коже/слизистых оболочках;
- время, прошедшее с момента полового контакта с предполагаемым источником заражения, до появления высыпаний на коже и/или слизистых оболочках;
- повторность поражений кожи и слизистых оболочек;
- был ли ранее поставлен диагноз сифилис и когда лечился;
- было ли ранее поражение кожи/слизистых оболочек половых органов;
- обследован ли половой партнер венерологом и поставлен ли диагноз сифилис с указанием стадии заболевания;
- имеются ли в семье несовершеннолетние дети.

## **12.2. Физикальное обследование:**

**Патоморфологическая картина изменений на коже зависит от клинической формы:**

### **• при вторичном свежем сифилисе:**

сифилиды более мелкие, обильные более яркого цвета. Располагаются симметрично преимущественно на кожных туловища, не имеют тенденции к группировке и слиянию, как правило, не шелушатся. Более выражен полисклероаденит (увеличенные, плотноэластической консистенции подвижные безболезненные подмышечные, подчелюстные, шейные, кубитальные лимфатические узлы и др.).

### **• При вторичном рецидивном сифилисе:**

элементы более крупные, менее обильные, часто несимметричные, склонные к группировке (образование фигур, гирлянд, дуг), более бледного цвета. Они нередко расположены на туловище, волосистой части головы, лице, верхних и нижних конечностях, ладонях и подошвах, в промежности, паховых складках. На слизистых оболочках половых органов, рта, т.е. в местах, подвергающихся раздражению. Чаше характерна папулезная сыпь. Отмечаются увеличенные лимфатические узлы, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные (подмышечные, подчелюстные, шейные, кубитальные). Возможны остаточные явления первичного сифилиса, поражения внутренних органов и систем.

## **12.3. Лабораторные исследования:**

- **Определение в сыворотке крови ИФА-методом специфических антител: Ig M, Ig G:** обнаружение АТ к *Treponema Pallidum*;
- **ПЦР в биологическом материале:** обнаружение ДНК *Treponema Pallidum*;

- **Определение *Treponema Pallidum* в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции:** обнаружение антител к *Treponema Pallidum*;
- **Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном в сыворотке крови:** положительная реакция связывания комплемента;
- **Серологические: постановка реакции Вассермана в сыворотке крови:** положительные результаты;
- **Постановка РПГА с антигеном бледной трепонемы в сыворотке крови:** положительные результаты.

**12.4. Инструментальные исследования:** не проводятся.

#### **12.5. Показания для консультации специалистов.**

- Консультация терапевта – при наличии специфических поражений внутренних органов.

#### **12.6. Дифференциальный диагноз**

Дифференциальная диагностика сифилиса на основании клинических проявлений проводится с заболеваниями в зависимости от формы (таблица 1, 2, 3, 4, 5):

Таблица 1. Дифференциальная диагностика пятнистых высыпаниях вторичного сифилиса:

<b>Наименование</b>	<b>Основные симптомы</b>
<b>Краснуха</b>	Сопровождается, как правило, довольно высокой температурой тела и нарушением общего состояния. Сыпь появляется сначала на лице, затем на шее и распространяется на туловище. Высыпания бледно-розового цвета, размером до 2-3 мм, имеют округлую или овальную форму, не склонны к слиянию, часто несколько выстоят над уровнем кожи, существуют 2-3 дня и бесследно исчезают; одновременно аналогичные высыпания бывают на слизистой оболочке зева; иногда беспокоит зуд.
<b>Корь</b>	Сопровождается, как правило, довольно высокой температурой тела и нарушением общего состояния Сыпь обильная, крупная, сливающаяся. Появляется сначала на лице, шее, туловище, конечностях, в том числе на тыле кистей и стоп; при разрешении сыпи появляется шелушение. На слизистой оболочке щек, иногда на губах, деснах возникают точечные белесоватые пятна Филатова-Коплика.
<b>Брюшной (сыпной) тиф</b>	Высыпания при брюшном и сыпном тифах всегда сопровождаются тяжелыми общими явлениями, розеолы при тифах не столь обильны, нередко бывают петехиальными; кроме того, в этих случаях отсутствуют первичный склероз, склераденит, полиаденит.

<b>Токсикодермия</b>	Острое начало и течение, яркая окраска элементов сыпи, быстрое присоединение шелушения, склонность к периферическому росту и слиянию, часто сопровождаются жжением и зудом.
<b>Розовый лишай Жибера</b>	Первоначально появляется материнская бляшка, представляющая собой овальное, розово-красное пятно размером около 1,5-3,0 см и более с тонкой пластинчатой желтоватой чешуйкой, сморщенной подобно мятой папирусной бумаге. Спустя 1-2 недели появляется множество аналогичных элементов, но меньшей величины, которые располагаются длинным диаметром по метамерам.
<b>Отрубевидный лишай</b>	Невоспалительные, шелушащиеся, склонные к слиянию пятна цвета кофе с молоком, чаще на верхней части туловища. При смазывании таких пятен йодной настойкой они окрашиваются в более темный цвет, чем окружающая кожа.
<b>Педикулез</b>	Пятна от укусов площиц отличаются от сифилитической розеола серовато-фиолетовым цветом, в центре некоторых пятен есть еле заметная геморрагическая точка; эти пятна не исчезают при надавливании.

Таблица 2. Дифференциальная диагностика папулезных высыпаний при вторичном сифилисе:

<b>Наименование</b>	<b>Основные симптомы</b>
<b>Красный плоский лишай</b>	Папулы плоские, блестящие, полигональные, с пупкообразным вдавлением в центре папулы ливидного цвета. Из-за неравномерного гранулеза на поверхности папул определяется серовато-белая сеточка (сетка Уикхема). Обычно процесс сопровождается сильным зудом.
<b>Парапсориаз</b>	При каплевидном парапсориазе имеется триада симптомов свойственная только этому заболеванию. При поскабливании высыпаний выявляются скрытое шелушение, симптом «облатки», т.е. шелушение имеет вид коллоидной пленки и геморрагии вокруг папулы. Кроме того, высыпания при псориазе имеют меньший инфильтрат по сравнению с сифилитическими узелками и чрезвычайно редко появляются на слизистой оболочке рта.
<b>Псориаз</b>	В отличие от псориазиформного папулезного сифилида для псориаза характерно феномены стеаринового пятна,

	псориатической пленки и точечного кровотечения, периферическим ростом и склонностью к слиянию с образованием бляшек, хроническим течением с частыми рецидивами. Кроме того, псориатическим высыпаниям свойствен розовый цвет.
<b>Остроконечные кондиломы</b>	Остроконечные кондиломы отличаются от широких кондилом дольчатым строением, напоминающим цветную капусту, с тонкой ножкой. Остроконечные кондиломы имеют мягкую консистенцию, в том числе и в основании ножки, различную величину, достигающую диаметра 1 см и более, цвет нормальной кожи или розовато-красный, нередко они легко кровоточат.
<b>Геморроидальные узлы</b>	В отличие от широких кондилом, которые всем основанием расположены на коже, у геморроидального узла хотя бы одна поверхность покрыта слизистой оболочкой прямой кишки. Кроме того, геморроидальный узел имеет мягкую консистенцию, нередко кровоточит, не имеет плотноэластического инфильтрата. Следует учитывать длительное существование геморроя, а также возможность возникновения сифилитических высыпаний на геморроидальных узлах.
<b>Лихеноидный туберкулез</b>	Туберкулезные элементы имеют мягкую консистенцию, желтовато-красный цвет, склонность к группировке, на поверхности высыпаний образуются нежные чешуйки, процесс начинается преимущественно в детском возрасте, туберкулиновые реакции положительные, нет других признаков сифилиса и серологические реакции отрицательные.

Таблица 3. Дифференциальная диагностика пустулезных высыпаний вторичного сифилиса (включая угревидный (акнеподобный), оспенновидный, иметигиозный, эктиматозный, рупиоидный):

<b>Наименование</b>	<b>Основные симптомы</b>
<b>Вульгарные угри</b>	Характерно острое воспаление, болезненность, выраженная себорея и наличие комедонов. Хроническое течение с частыми рецидивами, возраст больных.
<b>Папулонекротический туберкулез кожи</b>	Локализуется на разгибательных поверхностях конечностей, существует длительно, элементы развиваются торпидно, на месте узелковых высыпаний, которые претерпевают некроз центральной части, остаются «штампованные»



	рубчики, которых никогда не бывает при сифилисе.
<b>Натуральная ветряная оспа</b>	и Острое начало с высокой температурой тела, тяжелым общим состоянием больного, отсутствие в основании пустул плотного инфильтрата, появление высыпаний сначала на лице, отрицательные серологические реакции.
<b>Вульгарное импетиго</b>	Острое начало, быстрое распространение, образование сначала фликтен без уплотнения в основании, золотистыми или грязно-серыми корками, при снятии которых обнажается гладкая влажная ярко-красная эрозивная поверхность. По периферии наблюдаются «отсевы» со слиянием высыпаний в большие очаги неправильных очертаний. Болеют в основном дети.
<b>Вульгарная эктима</b>	Первоначально появляется стрептококковая пустула с остро-воспалительной реакцией кожи вокруг и без инфильтрации в основании.

Таблица 4. Дифференциальная диагностика сифилитической лейкодермы и сифилитической алопеции при вторичном сифилисе:

Наименование	Основные симптомы
<b>Витилиго</b>	При витилиго отмечается полное отсутствие пигмента в очагах поражения, более крупные размеры очагов депигментации, имеющих склонность к периферическому росту и слиянию.
<b>Вторичная лейкодерма (обусловленная отрубевидным лишаем)</b>	При вторичной лейкодерме, возникающей на месте отрубевидного лишая депигментированные пятна имеют различную форму и величину, склонны к слиянию с образованием очагов, имеющих фестончатые очертания. Вблизи участков депигментации легко выявляются путем смазывания их йодной настойкой слегка шелушащиеся цвета кофе с молоком элементы.
<b>Гнездная алопеция</b>	Дифференциация часто бывает очень трудной. Однако при гнездной алопеции возникают значительно более крупные, чем при сифилисе, единичные очаги облысения, резко ограниченные, с блестящей гладкой поверхностью и полным отсутствием волос, а также зоной расшатанных волос по периферии.
<b>Поверхностная трихофития</b>	В очагах поражения имеется шелушение, в этих очагах волосы не выпадают, а обламывается. В

	пораженных волосах обнаруживаются споры гриба.
--	--

Таблица 5. Дифференциальная диагностика поражении слизистых оболочек рта и гортани при вторичном сифилисе:

Наименование	Основные симптомы
<b>Катаральная ангина</b>	При катаральной ангине отмечаются боли, повышение температуры тела, отечность миндалин, эритема ярко-красная.
<b>Лекарственные высыпания (токсикодермия)</b>	Лекарственные высыпания на слизистой оболочке рта отличаются от пятнистого сифлида обширностью поражения, которое обычно захватывают не только дужки и миндалины, но и щеки, язык и др. при этом обычно на гиперемизированной отечной слизистой оболочке рта возникают пузыри, быстро превращающиеся в болезненные эрозии. Кроме того, лекарственные высыпания на слизистой оболочке сопровождаются жжением. После прекращения приема вызвавшего их лекарственного средства эти высыпания быстро исчезают.
<b>Язвенно-некротическая ангина Плаута-Венсана</b>	Процесс односторонний. Болезненные язвы покрыты некротическими массами, имеющими грязно-серый цвет, пораженная миндалина увеличена, отмечаются регионарный лимфаденит и лихорадка. В отделяемом легко обнаруживаются возбудители заболевания.
<b>Кандидоз слизистой оболочки рта</b>	После удаления с очагов поражения серовато-белого налета обнажается красная бархатистая, а не эрозивная поверхность; при микроскопии в налете при кандидозе обнаруживается большое количество дрожжевых клеток.
<b>Десквамативный глоссит</b>	Ярко-красный цвет участков десквамации, белая кайма по их периферии, фестончатые очертания, отсутствие уплотнения в основании, частая миграция высыпаний, хроническое течение заболевания.
<b>Афты</b>	Острое начало, резкая болезненность, яркая кайма гиперемии вокруг участка некроза, отсутствие инфильтрации, некоторая отечность окружающих тканей, кратковременное существование, частые рецидивы.
<b>Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ),</b>	При этих процессах в основании эрозии отсутствует инфильтрация, высыпания часто сопровождаются тяжелыми субъективными ощущениями. Гиперемия

<p><b>буллезный пемфигоид, истинная пузырчатка, герпес</b></p>	<p>вокруг эрозий (МЭЭ, герпес) имеет ярко-красный цвет и расплывчатые очертания. Эрозии при герпесе имеют полициклические очертания. При МЭЭ, буллезном пемфигоиде и пузырчатке по краю эрозий часто можно видеть обрывки эпителия – остатки покрышки пузыря. При пузырчатке - положительный симптом Никольского и акантолитические клетки в мазках отпечатках с поверхности эрозий, а при МЭЭ и буллезном пемфигоиде можно видеть пузыри, предшествующие эрозиям.</p>
<p><b>Лейкоплакия, папулы красного плоского лишая, очаги красной волчанки</b></p>	<p>При указанных патологических состояниях налет при поскабливании снимается с трудом. Очаги лейкоплакии крупнее, не всегда округлой формы, не инфильтрированы, их поверхность сухая, нет воспалительного венчика по краю очага. Они сохраняются дольше, обычно не располагаются на мягком небе и миндалинах. Папулы при красном плоском лишае имеют серовато-белый цвет, сливаются между собой, образуя сетчатое поражение, которое не свойственно сифилису. При красной волчанке ороговение представляет собой тесно прилегающие друг к другу полосы и точки (частокол), оно формируется на фоне яркой эритемы и сопровождается атрофией, чего не бывает при сифилисе. Кроме того, красная волчанка никогда не поражает изолированно слизистую оболочку, всегда имеются типичные очаги красной волчанки на коже или красной кайме губ.</p>

### **13. Цели лечения:**

- эрадикация *T. pallidum*;
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

### **14. Тактика лечения**

#### **14.1 Немедикаментозное лечение:**

Режим 2.

Стол №15 (общий).

#### **14.2. Медикаментозное лечение**

##### **14.2.1. Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне**

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность назначения)**

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
<u>Антибактериальные препараты (препараты выбора)</u>	Бензатинбензилпенициллин [1,2,3,4]	флакон	2,4 млн. ЕД	1 раз в 7 дней на курс 3 в/м инъекции	Препараты выбора. Водорастворимый пенициллин и его ранние производные были одобрены для лечения сифилиса без каких-либо двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований, проведение которых в настоящее время обязательно. Вместе с тем в литературе имеются данные некоторых РКС.
	Смесь бензатинбензилпенициллина, бензилпенициллина натриевой (или калиевой) соли и бензилпенициллина новокаиновой соли.	флакон	1,8 млн. ЕД.	вводится в дозе 1,8 млн. ед 2 раза в неделю на курс 10 в/м инъекций	
	Смесь бензатинбензилпенициллина и бензилпенициллина новокаиновой соли.	флакон	1,5 млн. ЕД.	вводится в дозе 1,5 млн. ед. 2 раза в неделю на курс 10 в/м инъекций	
<u>Антибактериальные препараты (альтернативные препараты)</u>	Доксициклин,	таблетки, капсулы	100 мг	по 100 мг 2 раза в день в течение 30 дней	При непереносимости к препаратам пенициллинового ряда
	Цефтриаксон, 1,0 г в/м	флакон	1,0 гр.	по 1,0 гр. в/м 1 раз в день в	При непереносимости к

	1 раз в сутки № 20			течение 20 дней	препаратам пенициллинового ряда
--	--------------------	--	--	-----------------	---------------------------------

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):**

<u>Антикандиозные средства</u>	Флуконазол	капсулы	50 мг	1 раз в день 14 дней	Для профилактики кандидоза
<u>Витамины</u>	Аскорбиновая кислота	ампулы	5% 2,0 мл	1 раз в день 15 дней	Для улучшения обменных процессов
	Пиридоксин	ампулы	5% 1,0 мл	1 раз в день 15 дней	
	Тиамин	ампулы	5% 1,0 мл	1 раз в день 15 дней	
	Цианокобаламин	ампулы	500 мкг 1,0 мл	1 раз в день 15 дней	

**14.2.2. Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне**

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность назначения)**

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
<u>Антибактериальные препараты (препараты выбора)</u>	Новокаиновая соль бензилпенициллина	флакон	600 тыс. ЕД.	по 600 тыс. ед. в/м 2 раза в день в течение 20 дней	
	Бензилпенициллин (натриевая соль кристаллическая)	флакон	1 млн. ЕД.	4 раза в сутки на курс 20 дней	
<u>Антибактериальные препараты (альтернативные препараты)</u>	Цефтриаксон, 1,0 г в/м 1 раз в сутки № 20	флакон	1,0 гр.	по 1,0 гр. в/м 1 раз в день в течение 20 дней	При непереносимости и к препаратам пенициллинового ряда

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):**

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
--------------------------	---------------	---------------	-----------	----------------------	------------

группа					
<u>Антиканديدозные средства</u>	Флуконазол	капсулы	50 мг	1 раз в день 14 дней	Для профилактики кандидоза
<u>Витамины</u>	Аскорбиновая кислота	ампулы	5% 2,0 мл	1 раз в день 15 дней	Для улучшения обменных процессов
	Пиридоксин	ампулы	5% 1,0 мл	1 раз в день 15 дней	
	Тиамин	ампулы	5% 1,0 мл	1 раз в день 15 дней	
	Цианокобаламин	ампулы	500 мкг 1,0 мл	1 раз в день 15 дней	

### Особые ситуации

**Специфическое лечение приобретенного сифилиса вторичного кожи и слизистых у детей** проводится по методике лечения взрослых в соответствии с диагнозом и исходя из возрастных доз антибиотиков с учетом того, что бициллины противопоказаны детям до 2 лет, а тетрациклины – детям до 8 лет. Расчет препаратов пенициллина для лечения детей проводится в соответствии с массой тела ребенка:

- в возрасте до 6 месяцев натриевую соль пенициллина применяют из расчета 100 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки;
- в возрасте старше 6 месяцев – из расчета 75 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки;
- в возрасте старше 1 года – из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки;
- суточную дозу новокаиновой соли пенициллина и разовую дозу дюрантных препаратов применяют из расчета 50 тыс ЕД/кг массы тела;
- суточная доза делится на 6 равных разовых доз для водорастворимого пенициллина и на две дозы для новокаиновой его соли.

Учитывая анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у новорожденных и детей первого месяца жизни допустимо уменьшение кратности введения пенициллина до 4 раз в сутки. Во избежание токсической реакции вследствие массовой гибели бледных трепонем после первых введений пенициллина (реакция обострения Герксгеймера-Яриша-Лукашевича) в первые сутки лечения разовая доза пенициллина не должна превышать 5000 ЕД на инъекцию. После каждой инъекции в первые сутки необходима контрольная термометрия и наблюдение за соматическим состоянием ребенка.

**14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:** не проводится.

**14.3. Другие виды лечения:** нет.

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне: нет.

14.3.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне: нет.

**14.4. Хирургическое вмешательство:** нет

14.4.1 хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях: нет.

14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях: нет.

#### **14.5. Профилактические мероприятия:**

- Диспансерное обследование в течение 2 лет после лечения;
- Своевременное выявление, обследование и лечение половых партнеров;
- Исключение беспорядочных половых связей в последствие;
- Массовая профилактическая пропаганда, по личной и общественной профилактике ИППП через средства массовой информации, раздачу памяток и просмотр мультимедийных программ;
- Индивидуальные консультации и профилактические беседы с родителями и учащимися старших классов по вопросам межличностных отношений, полноценной информации о сексуальных отношениях, последствий раннего начала половой жизни, нежелательной беременности, разъяснение правил безопасного секса (применение презерватива);
- В кабинетах приема врачей дерматовенерологов, акушер-гинекологов, урологов, кабинетах профилактических осмотров консультирование по способам предотвращения или снижения риска инфицирования сифилисом и другими ИППП;
- Подготовка волонтеров (учащихся образовательных учреждений) для проведения бесед о безопасном поведении и распространении литературы информационно-образовательного характера по вопросам профилактики ИППП.

#### **14.6. Дальнейшее ведение: [1,2,3,4,5].**

Клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения:

- 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения
- 1 раз в 6 месяцев в течение второго года наблюдения.

#### **15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:**

- 1) регресс клинических симптомов;
- 2) эрадикация возбудителя из организма;
- 3) предотвращение развития осложнений;
- 4) предупреждение инфицирования других лиц.

### **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА**

#### **16. Список разработчиков.**

- 1) Батпенова Г.Р., д.м.н., АО «Медицинский университет Астана», профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, главный внештатный дерматовенеролог МЗ РК.
- 2) Баев А.И., к.м.н., РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗ РК, старший научный сотрудник.
- 3) Джетписбаева З.С., к.м.н., АО «Медицинский университет Астана», доцент кафедры дерматовенерологии.

- 4) Джулфаева М.Г., РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗ РК, главный врач.
- 5) Ахмадьяр Н.С., д.м.н., АО «Национальный научный центр материнства и детства», клинический фармаколог.

**17. Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

**18. Рецензент:** Нурушева С.М., д.м.н., РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», заведующая кафедрой кожных и венерических болезней.

**19. Указание условий пересмотра протокола:** каждые 3 года или при появлении новых доказанных данных диагностики и лечения.

**20. Список использованной литературы:**

- 1) Европейское руководство по ведению больных по ЗППП.-2001 г.- Журнал 12.- №3ю- 111 с.
- 2) Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями.-2011 г.- с.- 109.
- 3) Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // Department of health and human services Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and Reports December 17, 2010 / Vol. 59 / No. RR-12./ p. 114.
- 4) Клинические рекомендации. Дерматовенерология // Под ред. А.Кубановой.- М.: ДЭКС-Пресс.- 2007.- С.21-35.
- 5) Kingston M, French P, Goh B, Goold P, Higgins S, Sukthankar A, Stott C, Turner A, Tyler C, Young H, Syphilis Guidelines Revision Group 2008, Clinical Effectiveness Group. UK National guidelines on the management of syphilis 2008. Int J STD AIDS 2008 Nov;19 (11):729-40.