Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «26» июня 2026 года
Протокол №256

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

СИФИЛИС

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ.

1.1 Код(ы) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) / Международной классификации болезней 11-го пересмотра (далее – МКБ-11):

Код МКБ-10	Наименование заболеваний и состояний	Код МКБ-11	Наименование заболеваний и состояний
A50 – A50.7	Врожденный сифилис	1A60 – 1A60.5, 1A60.Z	Врожденный сифилис
A51 – A51.9	Ранний сифилис	1A61 – 1A61.5, 1A61.Z, 1A61.Y	Ранний сифилис
A52 – A52.9	Поздний сифилис	1A62 –1A62.2, 1A62.Z, 1A62.Y, 1A63	Поздний сифилис
Z20	Контакт с больным и возможность заражения инфекционными болезнями	QC90.Z	Контакт с больным или возможность заражения инфекционными болезнями, неуточненные
Z 20.2	Контакт с больным и возможность заражения инфекционной болезнью, передаваемой половым путем	QC90.2	Контакт с больным или возможность заражения инфекциями, передающимися преимущественно половым путем

1.2 Дата разработки/пересмотра клинического протокола: 2014 год (пересмотр 2026 год).

1.3 Сокращения, используемые в клиническом протоколе:

БДУ	без дополнительного уточнения
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОП	врач общей практики
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЕД	единицы
ИФА	иммуноферментный анализ
ИХЛА	иммунохемилюминесцентный анализ
КСК	клинико-серологический контроль
КТ	компьютерная томография
МРТ	магнитно-резонансная томография
НТТ	нетрепонемные тесты
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РИФ	реакция иммунофлуоресценции
РКИ	рандомизированные контролируемые исследования
РМП	реакция микропреципитации
РПГА	реакция пассивной гемагглютинации или агглютинации частиц на антитела к трепонеме
ТТ	трепонемные тесты
УЗИ	ультразвуковое исследование
СДС	Центр по контролю и профилактике заболеваний
ЦНС	центральная нервная система
ЦСЖ	цереброспинальная жидкость
RPR	реакция быстрых реагинов
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory test – тест «Исследовательской лаборатории венерических заболеваний»

1.4 Пользователи клинического протокола: дерматовенерологи, акушеры-гинекологи, урологи, педиатры, врачи общей практики/семейные врачи, терапевты.

1.5 Категория пациентов: взрослые, дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:
доказательной базой для рекомендаций являются публикации, международные протоколы ВОЗ, СДС, Европейской и американской ассоциации дерматовенерологов, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, PUBMED и MEDLINE.

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.

B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

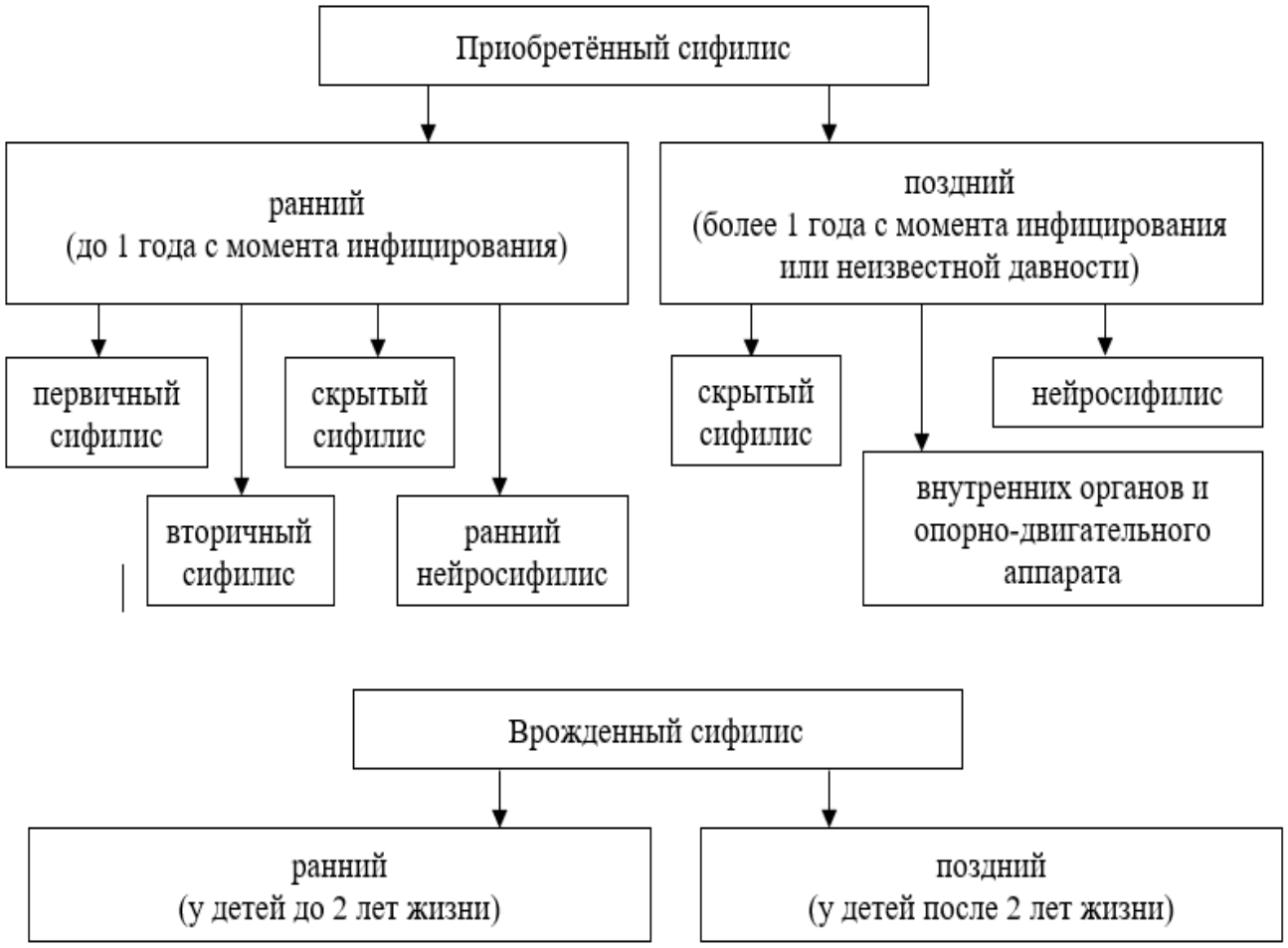
1.7 Определение [1-5]

Сифилис — это хроническое системное инфекционное заболевание человека, вызываемое Treponema pallidum subsp. pallidum, передающееся преимущественно половым путём, а также вертикально (от матери к плоду), и протекающее в виде приобретённой или врождённой формы.

Врожденный сифилис – является результатом трансплацентарной передачи возбудителя больной матерью плоду, характеризующееся разнообразными специфическими и неспецифическими проявлениями и возрастной периодичностью. [3-10]

Мертворождением по причине врожденного сифилиса считается смерть плода, наступившая после 20-й недели беременности или при массе тела более 500 граммов, с положительным серологическим статусом матери по сифилису. Любой случай с положительным результатом теста матери следует рассматривать как случай сифилиса (то есть, мертворождение от сифилиса).

1.8 Классификация: [1-13]



Традиционная клиническая классификация сифилиса [1-5]

Приобретенный сифилис.

1) Первичный сифилис:

- Сифилис первичный серонегативный
- Сифилис первичный серопозитивный

При редкой локализации первичного аффекта не на половых органах к диагнозу «первичный сифилис» добавляют слово «экстрагенитальный».

2) Вторичный сифилис:

- Сифилис вторичный свежий
- Сифилис вторичный рецидивный

3) Третичный сифилис:

- Сифилис третичный активный
- Сифилис третичный скрытый

4) Сифилис скрытый:

- Сифилис скрытый ранний продолжительностью заболевания до 1 года.
- Сифилис скрытый поздний продолжительностью заболевания более 1 года.
- Сифилис скрытый неуточненный с неустановленной продолжительностью заболевания.

5) Нейросифилис: по срокам от момента заражения нейросифилис условно разделяют на ранний (до 1 года с момента заражения) и поздний (развивающееся

на поздних стадиях сифилиса (третичный сифилис)).

- Сифилис нервной системы ранний включает асимптомные и симптомные формы:
  - асимптомный: без симптомов, выявляется только по ЦСЖ;
  - менингеальный: головная боль, тошнота, рвота, фотофобия;
  - менинговаскулярный: инсульты, очаговые неврологические нарушения, судороги.
- Сифилис нервной системы поздний.

6) Сифилис внутренних органов и опорно-двигательного аппарата:

- Сифилис внутренних органов (с указанием пораженного органа) ранний.
- Сифилис внутренних органов поздний.

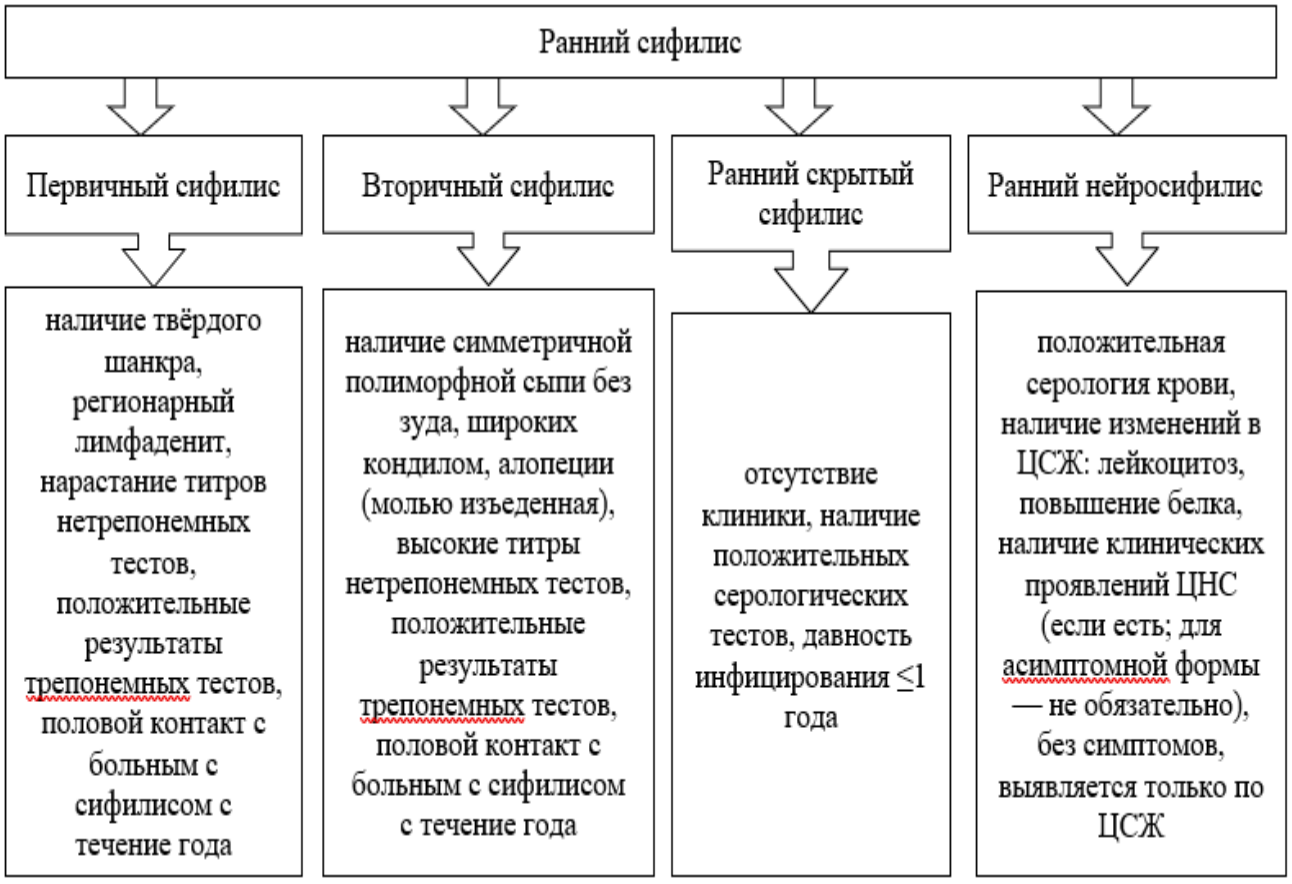
Врожденный сифилис [3-10].

1) Ранний врожденный сифилис – диагностируют у детей в возрасте до 2 лет.
2) Поздний врожденный сифилис – диагностируют у детей старше 2 лет.

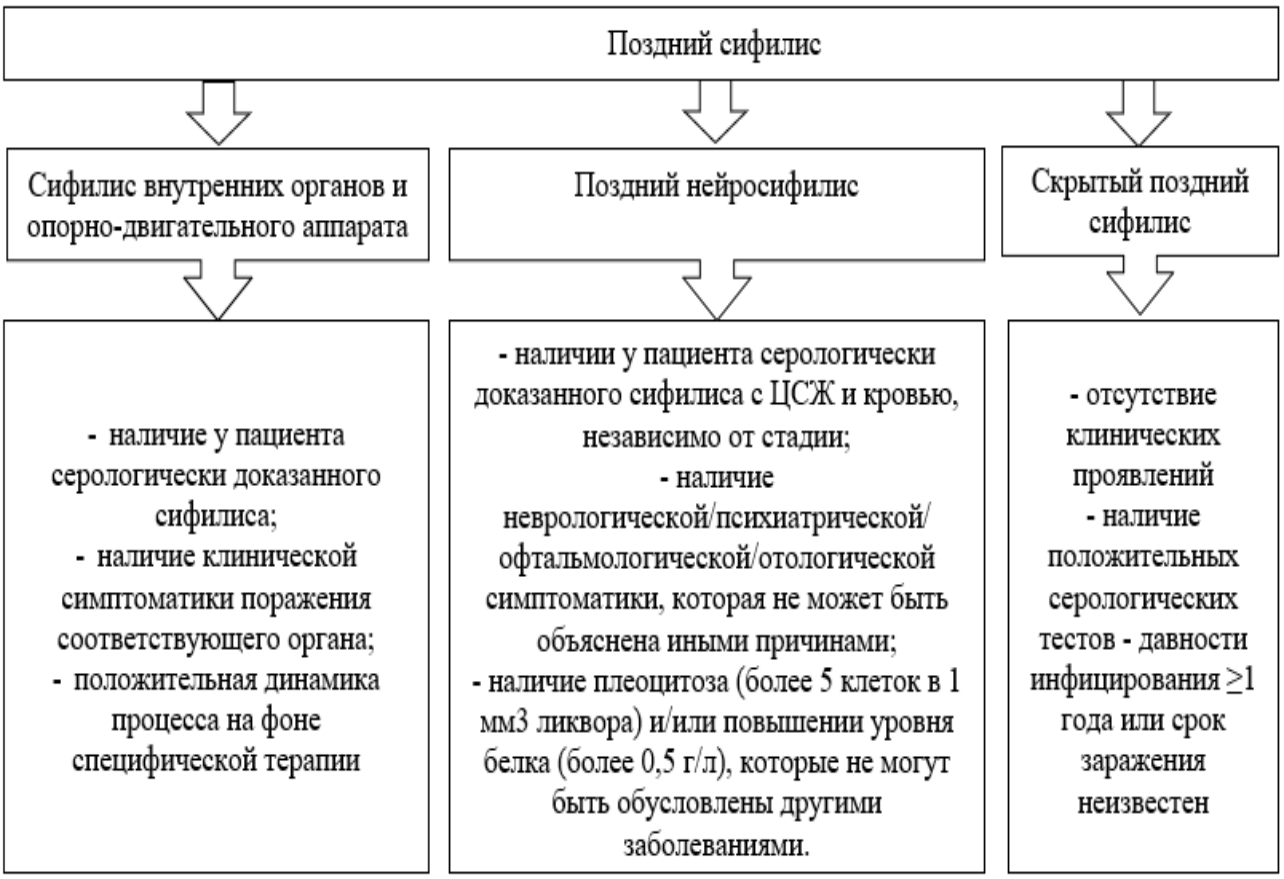
II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [1-16]

2.1 Диагностические критерии: [1-16]

При раннем сифилисе включают сочетание клинических, лабораторных и эпидемиологических данных.

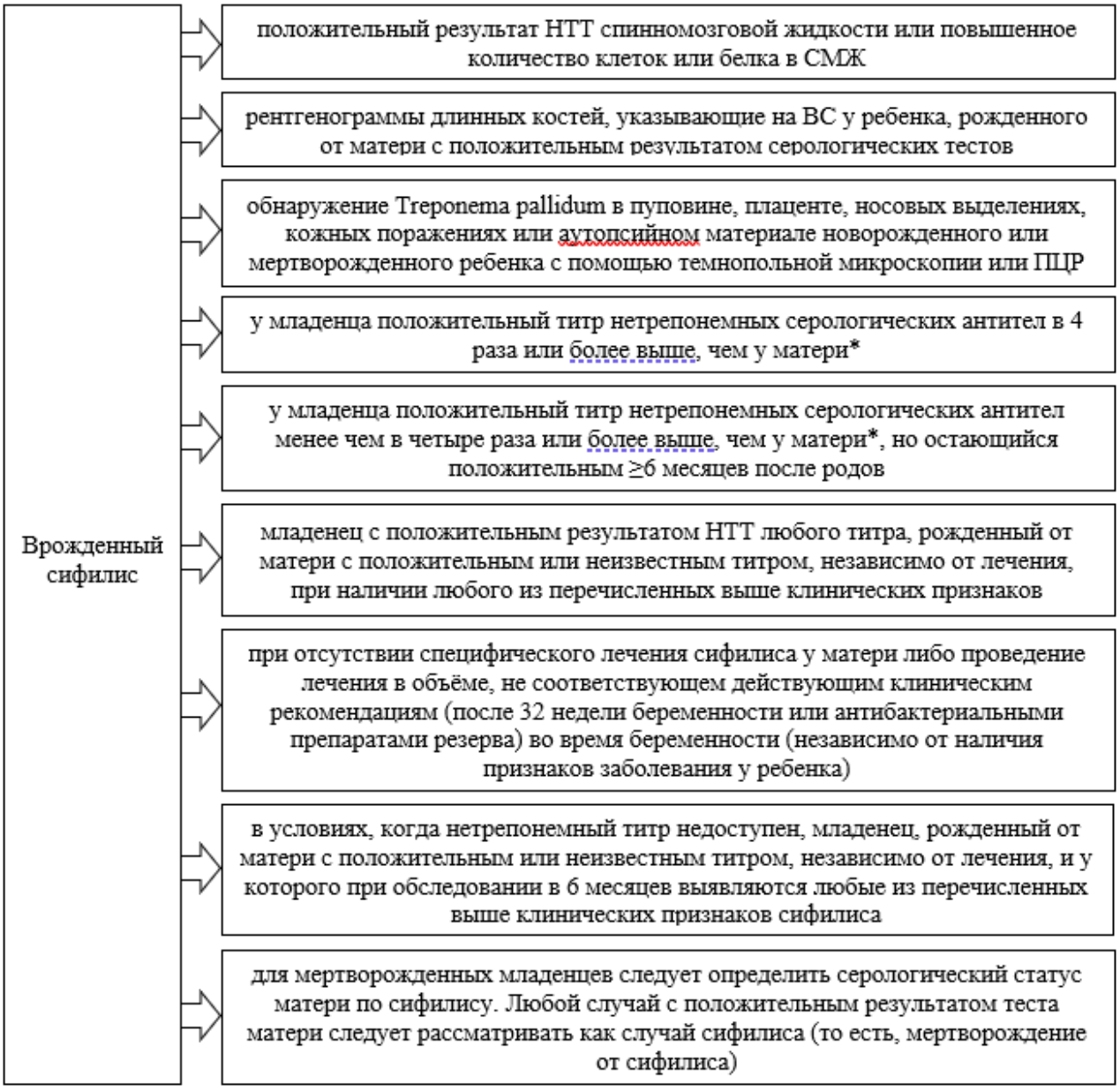


Диагностические критерии позднего сифилиса включают сочетание клинических, лабораторных и эпидемиологических данных.



Диагностические критерии врожденного сифилиса включают сочетание серологических результатов матери и ребенка, получения специфического лечения матери, клинических проявлений или данных рентгенологического исследования.

Случай врожденного сифилиса считается подтвержденным при наличии одного из следующих [1-8, 11]:



*(кровь берут параллельно с кровью матери, исследуют в одних и тех же НТТ и ТТ – в количественном варианте)

Анамнез:

При приобретённом сифилисе: пациенты имели половую связь с партнером с установленным (возможным) диагнозом «сифилис» или находились в тесном бытовом контакте с лицом с установленным диагнозом «сифилис».

При врожденном сифилисе: трансплацентарная передача сифилиса больной матерью плоду.

Жалобы: [1-16]

Диагноз	Жалобы
Первичный сифилис	пациенты могут не отмечать субъективных симптомов либо высыпания (наличие твёрдого шанкра) в области половых органов или экстрагенитальных и увеличение лимфатических узлов
Вторичный сифилис	высыпания, повышение температуры, головная боль, утомляемость, боль в горле, выпадение волос

Скрытый ранний сифилис	не предъявляют жалоб
Поздний сифилис (гуммозный)	появление узлов и язв на коже и слизистых
Нейросифилис	головная боль, головокружение, тошнота, рвота, нарушение зрения, слуха, речи, потеря сознания, судороги, парестезии, нарушение координации, походки, функции тазовых органов, снижение памяти, интеллекта, психические расстройства
Сифилис внутренних органов и опорно-двигатель-ного аппарата	давящая боль в грудной клетке, боль в правом подреберье, эпигастральной, поясничной области, тошнота, рвота, иктеричность склер, периферические отеки, ночные боли в трубчатых костях конечностей
Ранний врожденный сифилис	заложенность носа, затруднённое дыхание, кожные высыпания и пузырьки, вялость, плохую прибавку массы тела, увеличение живота за счёт печени и селезёнки, а также признаки общего недомогания
Поздний врожденный сифилис	снижение зрения и помутнение роговицы, снижение слуха вплоть до глухоты, деформация зубов, боли и деформации костей (особенно голеней), изменение формы носа и черепа, нарушения речи, слабость в конечностях, судороги, снижение интеллекта, а также кожные и слизистые высыпания и общее ухудшение состояния

Физикальное обследование [1-16].

Диагноз	Результаты физикального обследования
Первичный сифилис	выявляется безболезненная язва (твёрдый шанкр) с плотным основанием и ровными краями, чаще в области половых органов, реже — во рту или на коже. Дно язвы чистое, гладкое. Отмечается регионарное увеличение лимфатических узлов — они плотные, безболезненные, подвижные, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Общее состояние пациента обычно не нарушено
Вторичный сифилис	выявляются распространённые кожные высыпания (розеолы, папулы) на коже туловища, конечностей, включая ладони и подошвы, широкие кондиломы, эрозивные элементы на слизистых оболочках полости рта и половых органов, очаговая алопеция, генерализованная лимфаденопатия (увеличенные, плотные, безболезненные лимфоузлы). Общее умеренное ухудшение состояния
Скрытый ранний и поздний	клинические признаки не выявляются

сифилис	
Поздний сифилис (гуммозный)	выявляются гуммозные образования кожи и подкожной клетчатки, склонные к распаду с образованием язв и рубцов, а также бугорковые высыпания, возможны выраженные деформации тканей
Нейросифилис	наблюдаются неврологические нарушения: очаговая симптоматика в виде слабости в конечностях (парезы), нарушения чувствительности, координации и походки, изменения зрачков (вялая реакция на свет), расстройства речи, памяти и поведения, возможны признаки менингеального синдрома, в тяжёлых случаях — параличи и деменция
Сифилис внутренних органов и опорно-двигатель-ного аппарата	отмечаются боли (особенно ночные), деформации, утолщение костей, ограничение движений, возможны проявления периостита и остеопериостита или увеличение печени и селезёнки, признаки поражения сердечно-сосудистой системы (аортит, недостаточность клапанов), а также симптомы со стороны других органов в зависимости от локализации процесса. Общее состояние пациента может быть нарушено.
Ранний врожденный сифилис	пятна, папулы, пузыри, инфильтрация и трещины кожи, особенно вокруг рта и в складках, специфический ринит с затруднением дыхания, увеличение печени и селезёнки, признаки гипотрофии. У новорождённого может наблюдаться вялость, анемия и общее тяжёлое состояние.
Поздний врожденный сифилис	деформации костей (саблевидные голени, изменения черепа), деформации зубов (зубы Гетчинсона), рубцы вокруг рта, нарушение зрения (кератит) и слуха (глухота), а также неврологические нарушения. Возможны кожные и слизистые поражения, признаки поражения внутренних органов.

Лабораторные исследования [1-10, 13-16]:

Основные лабораторные исследования:

Трепонемные тесты	
ИФА (суммарные антитела: IgM/IgG)	для диагностики
РПГА	для диагностики
Нетрепонемные тесты	
РМП или RPR или VDRL	для диагностики врожденного сифилиса и контроля излеченности [1-8,13].

Дополнительные лабораторные исследования:

Темнопольная	Для выявления Treponema pallidum при наличии клинических

микроскопия и/или ПЦР	проявлений (особенно на ранних стадиях), а также в диагностически сложных случаях. Исследуемый материал: • экссудат твердого шанкра и кожно-слизистых высыпаний; • содержимое патологических элементов кожи и слизистых оболочек. • У новорождённых при подозрении на врождённый сифилис дополнительно исследуются: • кровь и другие биологические материалы (преимущественно методом ПЦР); • амниотическая жидкость; • ткани плаценты и пуповины. При мертворождении (подозрение на врождённый сифилис): ткани плаценты, пуповины и внутренних органов плода (печень, селезёнка, лёгкие, лимфатические узлы) исследуются с целью подтверждения внутриутробной инфекции (ПЦР, морфологические методы)
ИХЛА	как дополнительный метод
РИФ-абс	как дополнительный тест в отдельных диагностически сложных случаях
IgM РИФ-абс	как дополнительный метод подтверждения врождённого сифилиса с учётом ограниченной чувствительности и специфичности
Обследование на ВИЧ (ИФА или ИХЛА или экспресс-тест)	всем пациентам с подтвержденным диагнозом сифилиса рекомендуется обследование на ВИЧ-инфекцию в соответствии Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-211/2020 «Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции» экспресс-тестом на ВИЧ четвертого поколения, предназначенный для выявления антител к ВИЧ первого и второго типа и вирусного антигена p24, в том числе при неотложных ситуациях
Исследование спинномозговой жидкости	для диагностики нейросифилиса и определения тактики лечения, включая: • определение клеточного состава (цитоз); • уровень белка; • серологические тесты на Treponema pallidum (нетрепонемные и/или трепонемные). Повышение цитоза более 5 клеток/мм³ (преимущественно лимфоцитов) свидетельствует о воспалительных изменениях в центральной нервной системе. Показаниями для выполнения спинномозговой пункции и исследования ЦСЖ являются:

	• наличие неврологической, офтальмологической, отологической симптоматики и психиатрических расстройств у больных сифилисом (независимо от стадии заболевания); • сочетание сифилиса и ВИЧ-инфекции, особенно иммунодефиците; • поздние формы сифилиса, в том числе скрытый поздний сифилис; • злокачественное течение раннего сифилиса (даже при отсутствии неврологической симптоматики); • наличие ранних и поздних специфических поражений внутренних органов; • снятие с учета пациентов с нейросифилисом и серологической резистентностью

NB!

- ТТ не могут быть использованы у новорожденного для диагностики, так как антитела матери передаются от матери;
- ТТ не могут быть использованы для контроля эффективности терапии, т.к. антитрепонемные антитела длительно циркулируют в организме больного, перенесшего сифилитическую инфекцию;
- ТТ дают положительные результаты при невенерических трепонематозах и спирохетозах;
- ТТ могут давать ложноположительные реакции у беременных, у больных с аутоиммунными заболеваниями, лепрой, онкологическими заболеваниями, эндокринной патологией и при некоторых других заболеваниях;
- КСК сифилиса проводится одним из НТТ количественным методом: РМП или RPR или VDRL;
- Беременные женщины обследуются на сифилис трехкратно одним из ТТ (ИФА/ИХЛА или РПГА) при постановке на учет по беременности, в сроке 28-30 недель и 34-36 недель беременности;
- Для тестирования беременных женщин, поступивших на роды без результатов трехкратного обследования и (или) обследованных однократно за 3 (три) недели и более до поступления на роды, а также родившим вне организаций родовспоможения используется комбинированный экспресс-тест, предназначенный для одновременного выявления антител к ВИЧ-1/2 и антител к Treponema pallidum в образцах цельной крови, сыворотки или плазмы или НТТ (РМП или RPR или VDRL) на сифилис.

Инструментальные методы исследования: [1-10]

Основные инструментальные методы исследования: нет.

Дополнительные инструментальные методы исследования по показаниям:

- Фундоскопия проводится для оценки поражения глазного дна и выявления осложнений со стороны органа зрения, при подозрении на нейросифилис и поздние формы инфекции;

- Электроэнцефалография проводится для оценки функционального состояния головного мозга при подозрении на нейросифилис;
- Ультразвуковое исследование (УЗИ):

– органов брюшной полости (печень, селезёнка) — для выявления гепатоспленомегалии и других изменений при висцеральных формах сифилиса;

– лимфатических узлов — для оценки их размеров и структуры, а также для дифференциальной диагностики лимфаденопатий;

– мягких тканей и органов — при подозрении на гуммозные поражения при позднем сифилисе.

- КТ (головного мозга, органов брюшной полости, костной системы) проводится по показаниям при подозрении на поражение соответствующих органов и систем с целью уточнения локализации и характера патологического процесса;
- МРТ (головного и спинного мозга, мягких тканей) проводится по показаниям при подозрении на поражение центральной нервной системы и других органов с целью уточнения локализации и характера патологического процесса;
- Рентгенография костей проводится для выявления костных поражений, особенно при врождённом и позднем сифилисе.

Показания для консультаций специалистов [1-10]:

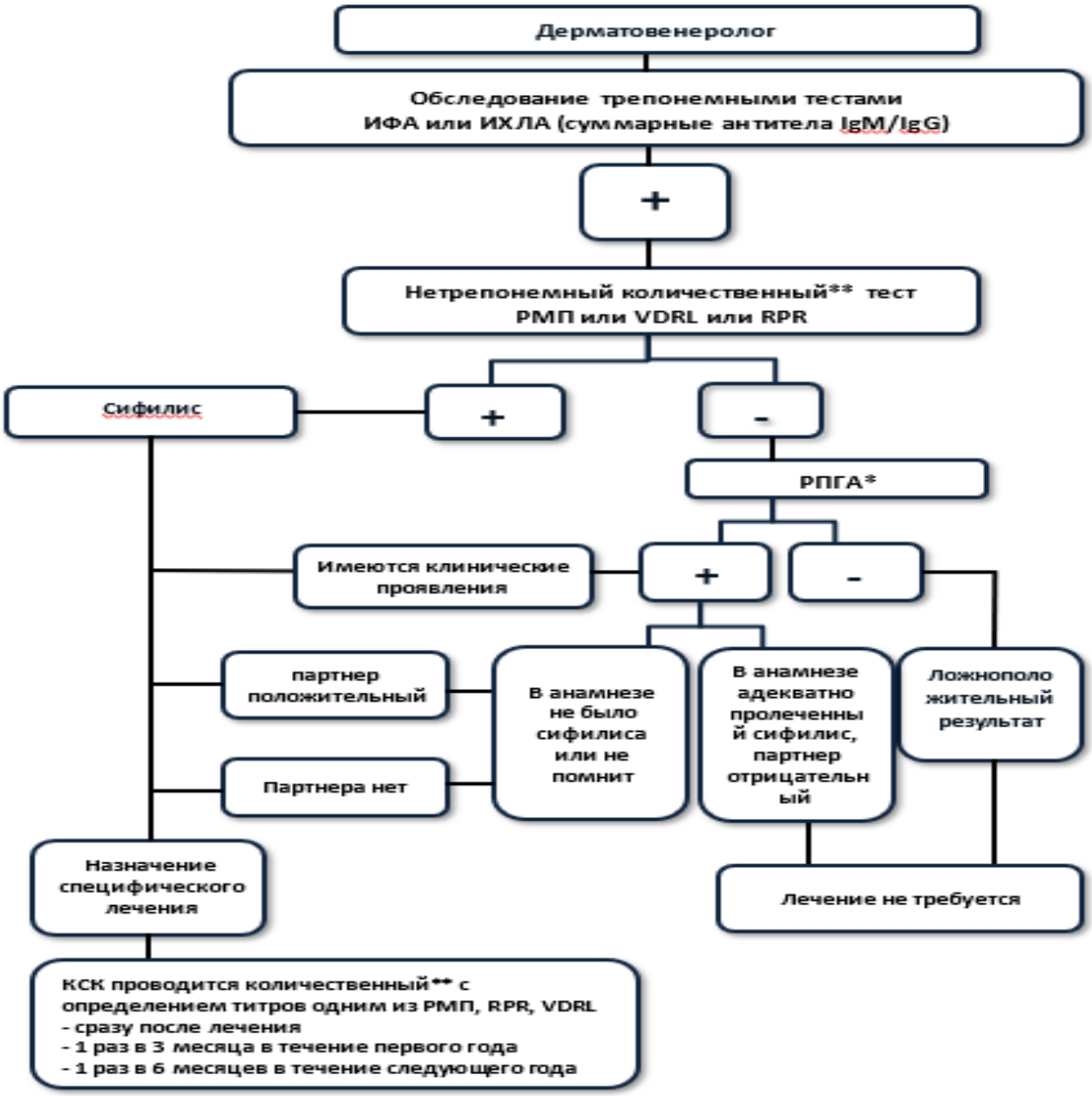
- Консультация невролога показана при подозрении на нейросифилис, наличии очаговой неврологической симптоматики, когнитивных нарушений (снижение памяти, внимания), изменениях поведения, стойкой головной боли, нарушении координации движений, треморе.
- Консультация офтальмолога показана при снижении остроты зрения, светобоязни, подозрении на увеит или ретинит, внезапной потере или снижении зрения, а также для проведения офтальмоскопии, в том числе фундоскопии.
- Консультация оториноларинголога показана при снижении или внезапной потере слуха, шуме в ушах, вестибулярных нарушениях.
- Консультация кардиолога показана при подозрении на кардиоваскулярный сифилис, аортальную недостаточность, аневризму аорты.
- Консультация ревматолога показана при наличии артралгий, признаков воспалительного поражения суставов и подозрении на сифилитический артрит.
- Консультация стоматолога показана при подозрении на врожденный сифилис, наличии характерных изменений зубов (зубы Гетчинсона, деформация эмали).
- Консультация педиатра показана при подозрении на врожденный сифилис, наличии признаков системного поражения (гепатоспленомегалия, кожные проявления, анемия), поражении внутренних органов (гепатит, нефрит), задержке физического и психомоторного развития.
- Консультация неонатолога показана новорожденным при подозрении на врожденный сифилис, признаках внутриутробной инфекции, неврологических нарушениях (включая гидроцефалию), задержке внутриутробного развития.
- Консультация акушера-гинеколога проводится у беременных для оценки

риска врождённого сифилиса, определения тактики ведения беременности, лечения и родоразрешения.

- Консультация травматолога-ортопеда при сифилитическом поражении опорно-двигательного аппарата.

2.2 Диагностический алгоритм: *(схема)* [1-10, 13, 15-16]

Алгоритм диагностики и клинико-серологического контроля раннего сифилиса

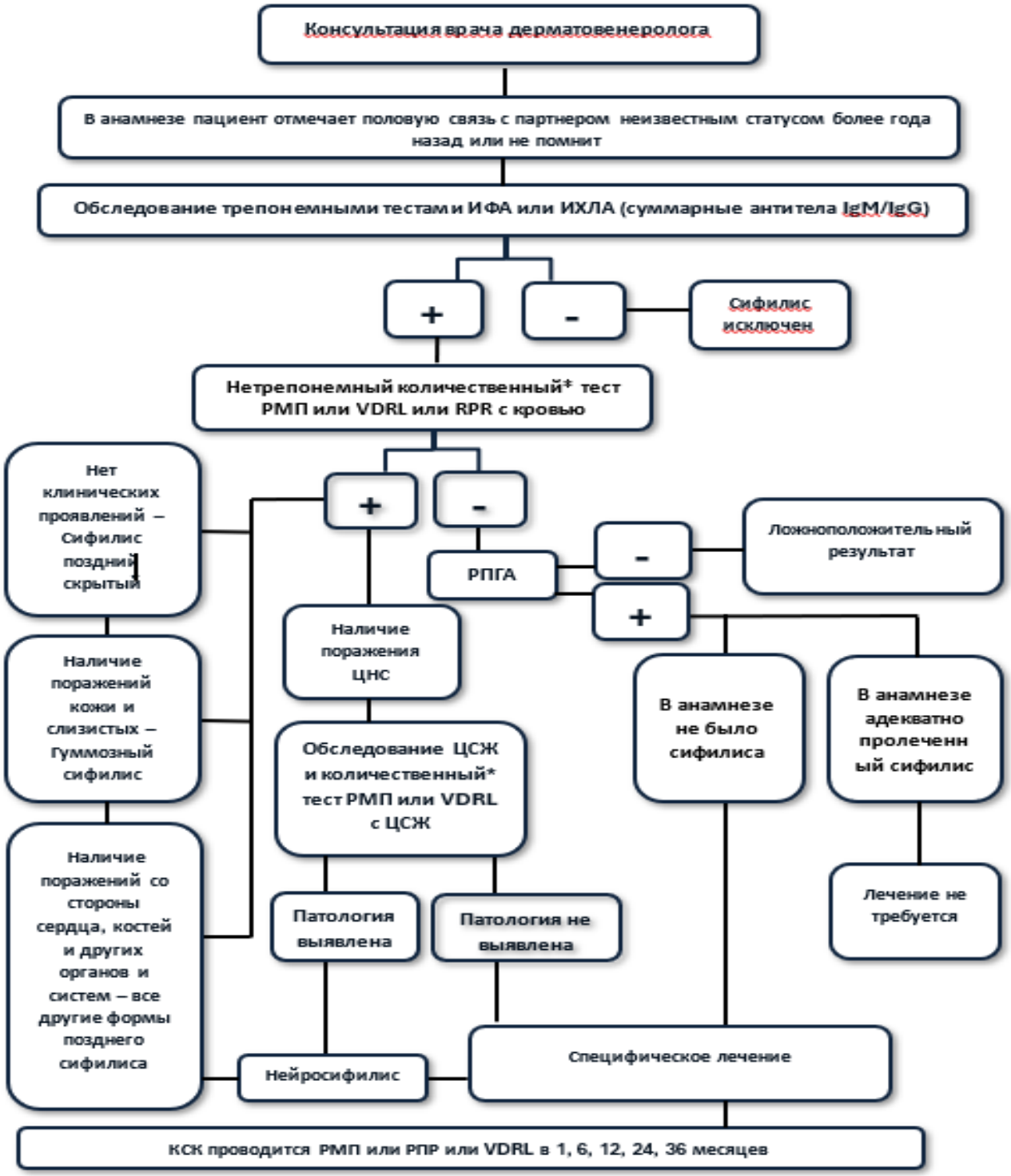


*У беременных предпочтительно начинать обследование с РПГА, с последующей постановкой ИФА или ИХЛА.

**Количественные НТТ следует проводить с последовательными серийными разведениями сыворотки крови с определением конечного титра (endpoint), который выражается в виде наибольшего разведения, при котором сохраняется положительная реакция (например, 1:8, 1:32).

- При наличии неврологических проявлений дополнительно проводится обследование ЦСЖ и РМП или VDRL с ЦСЖ
- При обращении пациента необходимо провести забор крови на все обследования одномоментно.
- При дискордантных серологических результатах (ТТ + / НТТ –) обязательным является выполнение второго ТТ
- Наличие неврологической симптоматики является показанием к обследованию на нейросифилис независимо от результатов серологических тестов

Алгоритм диагностики и клинико-серологического контроля позднего сифилиса: *(схема)* [1-10, 13, 15-16]



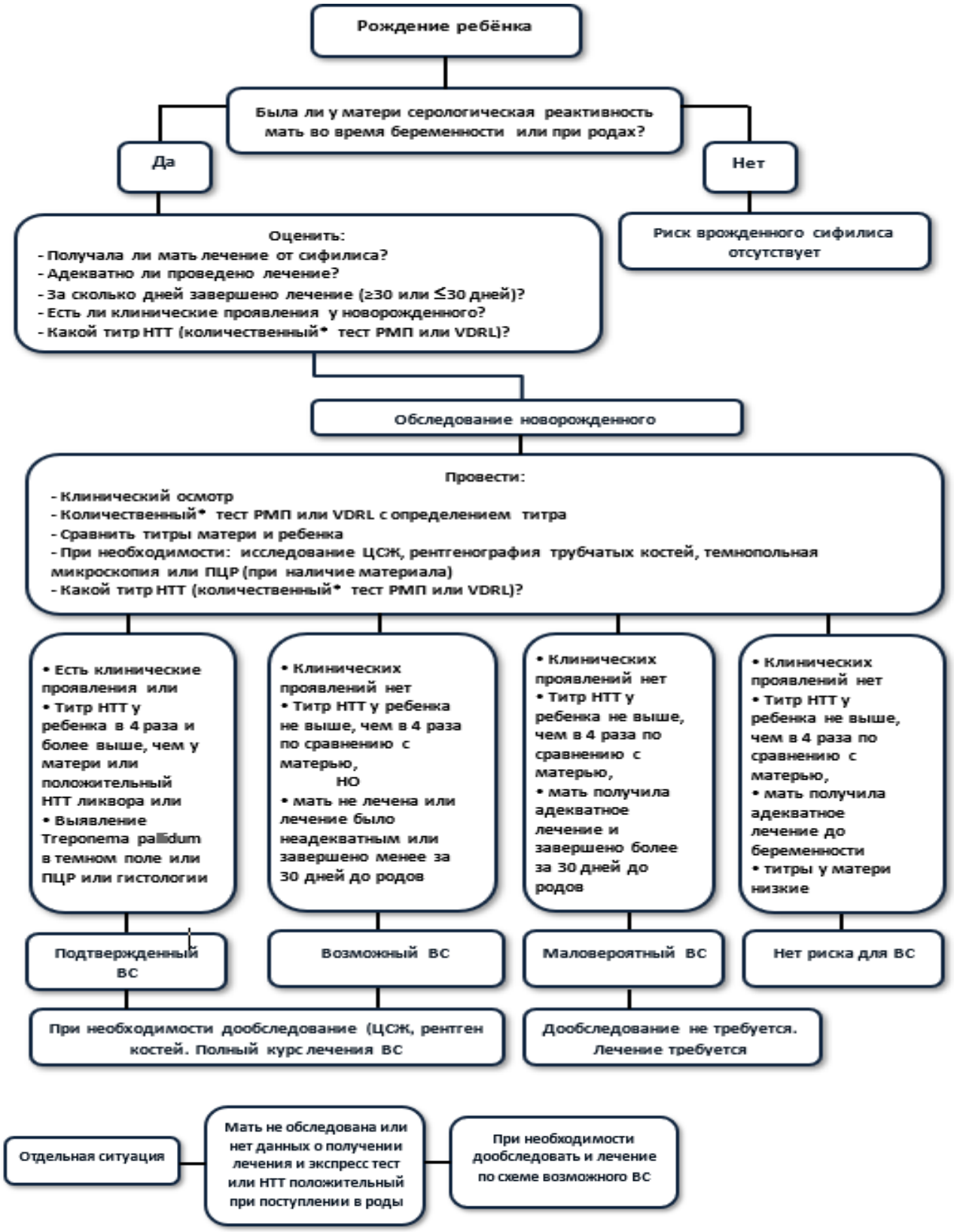
*Количественные НТТ следует проводить с последовательными серийными разведениями сыворотки крови с определением конечного титра (endpoint), который выражается в виде наибольшего разведения, при котором сохраняется положительная реакция (например, 1:8, 1:32).

- При обращении пациента необходимо провести забор крови на все обследования одномоментно.
- ЦСЖ (цитологическое исследование с подсчетом количества форменных элементов, определение количества белка)

При дискордантных серологических результатах (ТТ + / НТТ –) обязательным является выполнение второго ТТ

- При отсутствии данных о ранее проведённом лечении пациент подлежит ведению как латентный сифилис неуточнённой давности
- Наличие неврологической симптоматики является показанием к обследованию на нейросифилис независимо от результатов серологических тестов

Диагностический алгоритм при подозрении на врожденный сифилис: *(схема)* [1-10, 13, 15-16]



*Количественные НТТ следует проводить с последовательными серийными разведениями сыворотки крови с определением конечного титра (endpoint), который выражается в виде наибольшего разведения, при котором сохраняется положительная реакция (например, 1:8, 1:32).

- ЦСЖ (цитологическое исследование с подсчетом количества форменных элементов, определение количества белка).

Диагностический алгоритм контактных лиц для назначения превентивного лечения: [1-8, 17-19] *(схема)*



2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1-8]

Таблица 1. Дифференциальная диагностика твердого шанкра при первичном сифилисе

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Банальный отек	индуративный отек атипичная форма шанкра	Один из ТТ	При сифилисе резко увеличена, уплотнена, при надавливании на область инфильтрата - ямки не оставляет, т. к. уплотнение имеет в основании не скопление жидкости, а клеточный инфильтрат
Вульгарная ангина	шанкр- амигдалит	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из ТТ	При сифилисе имеется одностороннее поражение; при этом миндалина резко увеличена и уплотнена, отсутствуют болезненность, повышение температуры тела другие субъективные симптомы; протекает с безболезненным увеличением регионарных лимфоузлов
Панариций	шанкр- панариций	Темнопольная	Предположить первичный сифилис

		микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из ТТ	в таких случаях помогает отсутствие выраженного покраснения и наличие плотной инфильтрации пораженной области. Поражение напоминает банальный панариций (может встречаться у медицинских работников-акушерок, врачей гинекологов, хирургов, патологоанатомов)
Эрозивный баланопостит	Отек полового члена	один из ТТ	боль в области поражения незначительная при сифилисе
Генитальный герпес	Везикулезные высыпания на половых органах, часто эрозивные	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из ТТ	Простой герпес, в отличие от сифилиса, протекает остро и в большинстве случаев носит рецидивирующий характер. В сомнительных случаях прибегают к лабораторной диагностике и тестируют отделяемое эрозии на наличие бледной трепонемы
Мягкий шанкр	Язва на половых органах	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из ТТ	В развитом виде у язвы мягкого шанкра округлая или неправильная форма, подрытые, зазубренные, изъеденные, мягкие, несколько нависающие края, неровное, покрытое гноем дно. По периферии язвы расположен острый отечно-воспалительный венчик. При пальпации основание язвы мягкое, лишь при локализации в венечной борозде оно может быть уплотнено. Язвы отличаются склонностью к кровотечению; у мужчин пальпация и даже прикосновение вызывают резкую боль, у женщин болезненность незначительна
Чесотка	Высыпания на половых органах	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из ТТ	Наличие зуда, который усиливается в вечерне-ночное время и наличие характерных линейных расчесов, небольших папул и положительный симптом Арди позволяют заподозрить наличие чесотки
Венерическая лимфогранулема	Высыпания или язвы	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из ТТ	В области наружных половых органов появляются множественные папулы, везикулы, пустулы с венчиком гиперемии. Возможно их возникновение на слизистой оболочке прямой кишки, полости

			рта, миндалинах, пальцах кистей. Через несколько дней элементы эрозируются, сливаются, образуя герпетиформную язвочку без инфильтрации, которая заживает в течение недели без образования рубца. Процесс безболезненный
Донованоз	Язва на половых органах	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из ТТ	На головке полового члена, коже крайней плоти, малых половых губах, в промежности и области ануса и значительно реже — в других местах появляется островоспалительная плотноватая плоская папула или папуловезикула диаметром до 3–4 см. Вскоре в результате размягчения первичного элемента формируется язва. Обычно язвы мягкие на ощупь, почти безболезненные, сочного ярко-розового цвета. Дно язвы имеет зернистую поверхность, края приподнятые и неровные. На поверхности дефекта скудное, серозно- гнойное отделяемое, иногда с примесью крови и с характерным зловонным запахом экссудата

Таблица 2. Дифференциальная диагностика при высыпаниях вторичного сифилиса:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Розовый лишай Жибера	Пятна розовато- красного цвета, множественные, покрытые желтоватой чешуйкой, расположенные на туловище	Один из ТТ	Материнская бляшка - овальное, розово-красное пятно размером около 1,5-3,0 см и покрыта тонкой пластинчатой желтоватой чешуйкой, сморщенной подобно мятой папирусной бумаге. Спустя 1-2 недели появляются множество аналогичных пятен, но меньшей величины
Отрубевидный лишай	Пятна цвета кофе с молоком, располагающие чаще на верхней части туловища, шелушащиеся	Один из ТТ	Не воспалительные пятна, склонные к слиянию. При смазывании пятен йодной настойкой, окрашиваются в более темный цвет, чем окружающая кожа

Таблица 3. Дифференциальная диагностика сифилитической лейкодермы и сифилитической алопеции при вторичном сифилисе:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Витилиго	Отсутствие пигмента в очагах поражения	Один из ТТ	При витилиго отмечается полное отсутствие пигмента в очагах поражения, более крупные размеры очагов депигментации, имеющих склонность к периферическому росту и слиянию
Вторична я лейкодерма (обусловленная отрубевидным лишаем)	Депигметные пятна располагаются на туловище	Один из ТТ	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
Гнездная алопеция	Очаги облысения, резко ограниченные, с блестящей гладкой поверхностью и полным отсутствием волос	Один из ТТ	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

Таблица 4. Дифференциальная диагностика при позднем сифилисе:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Туберкулезная волчанка	Бугорковый сифилид	Один из ТТ; Туберкулиновая проба	Бугорки имеют мягкую консистенцию. Кирпично-красный цвет Имеют плоскую форму. Сливаются в сплошные очаги поражения с образованием сплошного непигментированного рубца.

			Диаскопию (феномен «яблочного желе»), проба Поспелова.
Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского)	Бугорковый сифилид	Один из ТТ; Микроскопия на лейшмании	Обнаружение в соскобе L.tropica в большом количестве. Имеет желтовато-розовый цвет, тестоватую или умеренно плотную консистенцию, сопровождается лимфангитом. Наследственность не отягощена.
Туберкулоидный тип лепры	Бугорки	Один из ТТ; лепроминовая проба	Саркоидоподобные бугорки, границы четкие, склонные к группировке
Туберкулез	Гуммозное поражение слизистой оболочки рта	Один из ТТ; Туберкулиновая проба	Язвы болезненные, края мягкие, изъеденные, подрытые. В соскобе обнаруживают микобактерии туберкулеза.
Менингиты воспалительной этиологии	Менингеальные симптомы	Один из ТТ; исследование ликвора	ЦСЖ мутная, молочного цвета, может быть густо зеленого цвета, содержание белка повышено. Снижение глюкозы в ЦСЖ (ниже 3 ммоль/л). Нейтрофильный маловыраженный цитоз
Нейросенсорная тугоухость различного происхождения	Основными симптомами данного патологического процесса являются потеря слухового восприятия и появление фоновых шумов различной интенсивности. Шумовой эффект нередко имеет высокую частоту. Он будет напоминать писк или звон. В данном случае глухота может быть как односторонняя, так и двусторонняя	Один из ТТ	Патология органа слуха при инфекционных болезнях локализуется преимущественно в рецепторе внутреннего уха или спиральном узле улитки. Поражается исключительно ствол нерва (до его входа в мозг), поражения чаще возникают на одной стороне (в одном ухе). Однако возможно развитие двустороннего процесса.

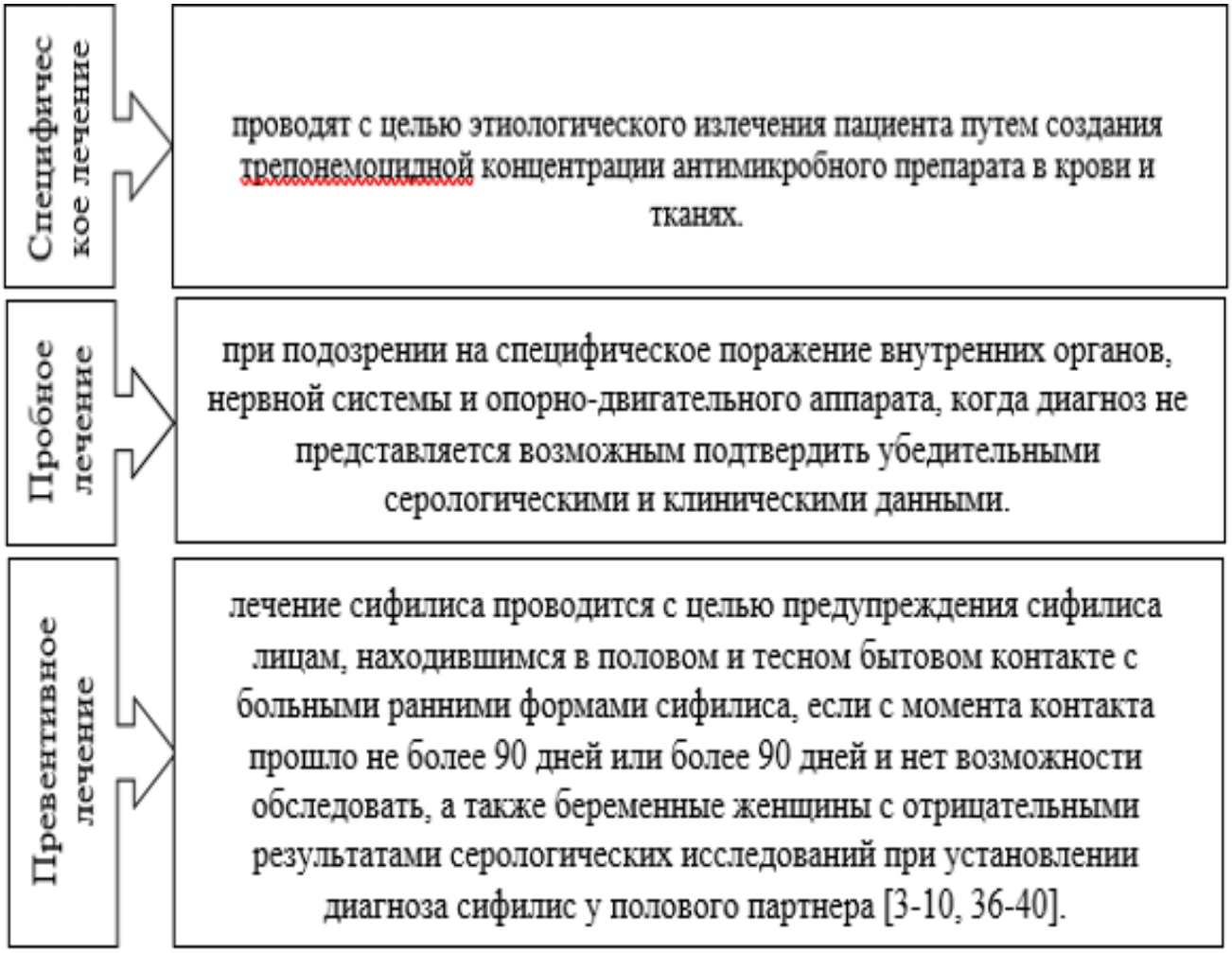
Болезнь Фридрейха	Преобладают симптомы поражения паренхимы мозга	Один из ТТ	Наличие пирамидных знаков, нистагма, скандированной речи. Молодой возраст больных; Отсутствие табетических зрачковых расстройств; Отрицательные результаты серологических исследований

Таблица 5. Дифференциальная диагностика при врожденном сифилисе:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Эпидемическая пузырчатка новорожденных	Пузыри с гнойным или мутным содержимым, эрозии ярко-красного цвета с серозно-гнойными корочками на коже и слизистых оболочках; Локализация кожной сыпи преимущественно в околопупочной области, на коже живота, ягодицах, спине, коже конечностей; раннее начало – в первые 10 дней жизни ребенка	Бактериологический посев отделяемого эрозий и одним из ТТ	Заболевание высококонтагиозное, вызывается стафилококками. Развитие заболевания сопровождается общими симптомами повышения температуры тела и беспокойства пациента, возможно нарушение сна, потеря аппетита; Толчкообразное течение; При неосложненном течении через 3-5 недель наблюдается выздоровление
Буллёзный эпидермолиз	Возникновение пузырей и эрозивных дефектов	Один из ТТ	Первичное возникновение пузырей и эрозивных дефектов на месте травм без воспалительного процесса преимущественно в выступающих местах или местах сдавления (локтевые или коленные сгибы, своды стоп). Наследственность отягощена

III. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1-18, 22]

Цели лечения:



Пациентов следует информировать об этой возможной реакции и о том, как с ней справиться в случае ее возникновения.

Реакция обострения (Яриша-Герксгеймера) [1-8] — это острая лихорадочная реакция, часто сопровождающаяся головной болью, миалгией и лихорадкой, которая может возникнуть в течение первых 24 часов после начала любой терапии сифилиса; это реакция на лечение, а не аллергическая реакция на пенициллин. Реакция Яриша-Герксхаймера чаще всего встречается у лиц с ранней стадией сифилиса, предположительно потому, что бактериальная нагрузка на этих стадиях выше. Для купирования симптомов можно использовать жаропонижающие средства. Реакция Яриша-Герксхаймера может вызвать преждевременные роды или дистресс плода у беременных женщин.

3.1 Немедикаментозное лечение:

- воздержание от половых контактов до завершения лечения и подтверждения отсутствия инфекционности;
- информирование пациента о путях передачи, профилактике реинфекции и необходимости завершения терапии.

3.2 Медикаментозное лечение: [1-16]

- Лечение сифилиса проводится преимущественно препаратами пенициллина (бензатин бензилпенициллин) в соответствии со стадией заболевания.
- При аллергии на пенициллин возможна замена на цефтриаксон или доксициклин (за исключением беременности).
- Пациенты подлежат клинико-серологическому наблюдению в динамике для оценки эффективности терапии и исключения реинфекции.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения)			
Лечение раннего сифилиса [1-17]			
Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	УД
Первая линия терапии			
Пенициллины	Бензатин бензилпенициллин	2,4 млн ЕД Взрослые: при первичном сифилисе - 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в одно введение 1 раз в 7 дней. 1 доза (2,4 млн ЕД). При вторичном и скрытом сифилисе в 1-ый день, 8-ой и 15-ый день, всего на курс 3 дозы (суммарная доза 7,2 млн ЕД); Дети: 50 000 ЕД на кг массы тела в сутки в 1-2 введения внутримышечно однократно в возрасте старше 2х лет. **NB!** рекомендуется разводить 1% лидокаином без эпинефрина для уменьшения дискомфорта, связанного с инъекцией, после проведения инъекции следует наблюдать за пациентом в течение 30 минут. Если вторая доза будет выполнена больше, чем 14 дней, то курс лечения начинается заново	А
или			

Пенициллины	Бензатин бензилпенициллин	1,5 млн ЕД (1,2 млн. ЕД+300 тыс. ЕД) Взрослые: при первичном сифилисе 1,5 млн ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 5 инъекций, при вторичном 1,5 млн ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 10 инъекций	В
Вторая линия терапии			
Цефалоспорины III поколения	Цефтриаксон	Взрослые: при первичном сифилисе 1,0-2,0 г/сутки в одно введение, внутривенно или внутримышечно в течение 10 дней. при вторичном и скрытом сифилисе 1,0-2,0 г/сутки в одно введение, внутривенно или внутримышечно в течение 14 дней. Дети: 75 мг на кг массы тела в сутки в 1–2 введения внутривенно или внутримышечно в течение 14 дней	В
Третья линия терапии			
Тетрациклины	Доксициклин[a]	Взрослые: при первичном сифилисе 100 мг в 2 раза в день в течение 14 дней, при вторичном и скрытом сифилисе 100 мг в 2 раза в день в течение 28 дней	В
[a] применяется только при аллергии к пенициллину, противопоказан при беременности			

Превентивное лечение сифилиса [1-8, 18, 22]

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	УД
Первая линия терапии			

Пенициллин	Бензатин бензилпенициллин	2,4 млн. ЕД Взрослые: 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в одно введение 1 раз в 7 дней, детям 50 000 ЕД/кг однократно NB! можно разводить 1% лидокаином без эпинефрина для уменьшения дискомфорта, связанного с инъекцией, после проведения инъекции следует наблюдать за пациентом в течение 30 минут. Если вторая доза будет выполнена больше, чем 14 дней, то курс лечения начинается заново	A
или			
Пенициллины	Бензатин бензилпенициллин	1,5 млн ЕД (1,2 млн. ЕД+300 тыс. ЕД) Взрослые: 1,5 млн ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 2 инъекции	B
или			
Вторая линия терапии			
Цефалоспорины III поколения	Цефтриаксон	Взрослые: 1,0 г в сутки в одно введение внутривенно или внутримышечно в течение 10 дней Дети: 75–100 мг на кг массы тела в сутки в 1–2 введения внутривенно или внутримышечно в течение 10 дней.	B
или			
Третья линия терапии			
Тетрациклины	Доксициклин[a]	Взрослые: 100 мг в 2 раза в день в течение 14 дней, не рекомендуется назначать препараты тетрациклиновой группы при лечении детей до 8 лет, так как они отрицательно	B

		влияют на развитие костной системы.	
[a]применяется только при аллергии к пенициллину, противопоказан при беременности			

Постконтактная профилактика доксициклином (ДоксиПКП): [19-22]

- Доксициклиновая постконтактная профилактика может рассматриваться у лиц из групп высокого риска (в первую очередь у мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и трансгендерных женщин, использующих презерватив не при каждом половом акте со случайными партнерами, а также использование «химсекс») для профилактики бактериальных инфекций, передающихся половым путем.
- Согласно данным клинических исследований, применение ДоксиПКП снижает частоту сифилиса и хламидийной инфекции, а также частично снижает риск гонореи.

Рекомендуемый режим: доксициклин 200 мг однократно как можно раньше, но не позднее 72 часов после рискованного полового контакта (не более 1 дозы в сутки).
NB! С целью минимизации риска антимикробной резистентности ДоксиПКП назначается только пациентам с высоким риском бактериальных ИППП после индивидуальной оценки показаний и совместного принятия решения врачом и пациентом. Не допускается бесконтрольное, длительное или профилактическое применение доксициклина без регулярного клинико-лабораторного наблюдения. Пациент информируется о возможных нежелательных явлениях, лекарственных взаимодействиях, ограниченной эффективности в отношении гонореи при наличии тетрациклин-резистентных штаммов N. gonorrhoeae, а также о потенциальном риске селекции резистентности у возбудителей ИППП, комменсальной микрофлоры и других бактериальных патогенов.

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Дальнейшее ведение: [1-3]

- КСК после окончания специфического лечения и затем 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения и 1 раз в 6 месяцев в течение следующего года;
- Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты РМП, должны находиться на КСК до негативации НТТ.
- Длительность КСК определяется индивидуально в зависимости от результатов лечения.
- Если в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии постепенно снижается позитивность НТТ и/или титр антител (не менее чем в 4 раза), но полной негативации НТТ не наблюдается, констатируют замедленную негативацию НТТ. Клинико-серологическое наблюдение за такими пациентами продлевают на год, после чего решают вопрос о целесообразности назначения дополнительного лечения.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- Отсутствие жалоб.
- Регресс высыпаний (исчезновение шанкра, регресс сыпи).
- Исчезновение лимфаденопатии.
- Отсутствие новых симптомов.
- Негативация НТТ (РМП/РПР/VDRL) или снижение титра антител в 4 и более раза (на 2 разведения сыворотки) через 6 и 12 месяцев после окончания специфической терапии при раннем сифилисе, и при позднем сифилисе до 24 месяцев.

Критерии неэффективности лечения сифилиса для назначения повторного лечения: [1-16]

- сохранение или рецидив клинических проявлений (клинический рецидив);
- повышение титра НТТ в ≥4 раза (двукратное увеличение разведений), например 1:8 → 1:32;
- повторная позитивация НТТ после периода временной негативации при отсутствии данных за реинфекцию (серологический рецидив);
- стойкое сохранение положительных НТТ без тенденции к снижению титров антител в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии (серологическая резистентность).

IV. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- все формы сифилиса у беременных женщин, в том числе для десенсибилизации к пенициллину;
- все формы сифилиса у детей;
- дети, рождённые от матерей с положительными результатами серологических исследований на сифилис;
- все формы позднего сифилиса, включая нейросифилис.

4.2 Показания для экстренной госпитализации: нет.

V. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ:

Маршрутизация пациента при раннем сифилисе (схема):

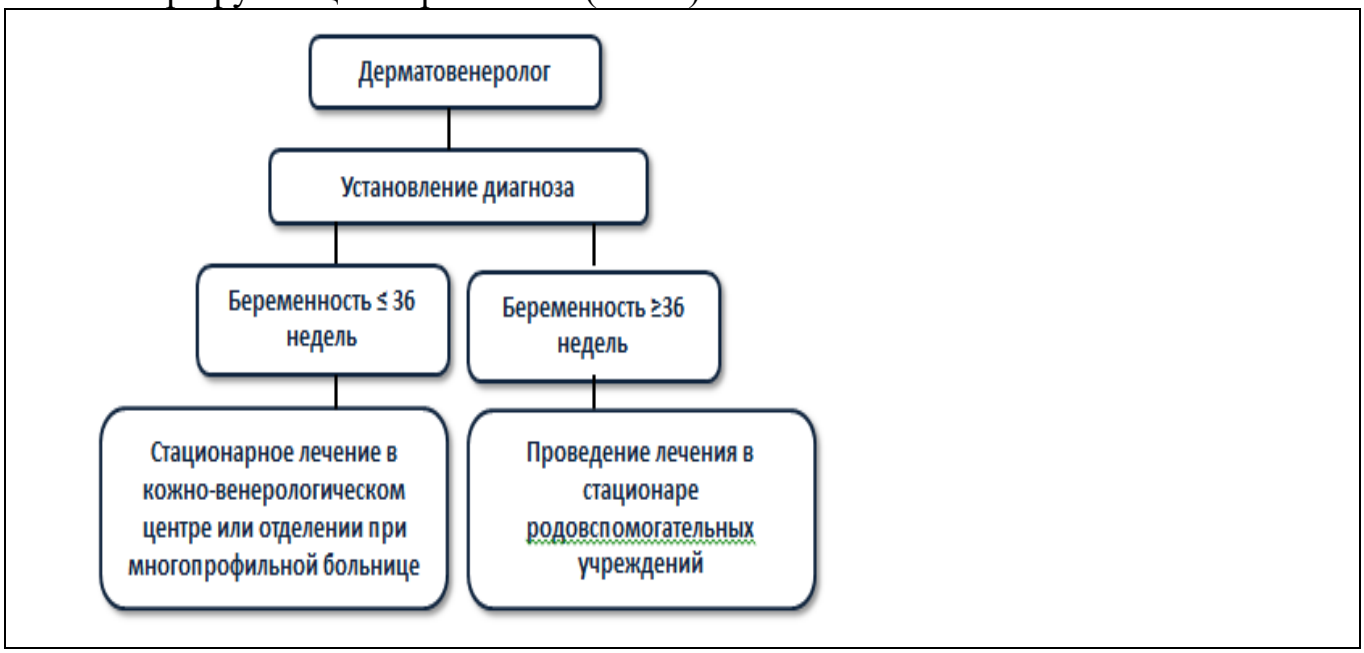


Маршрутизация пациента при позднем сифилисе (схема):

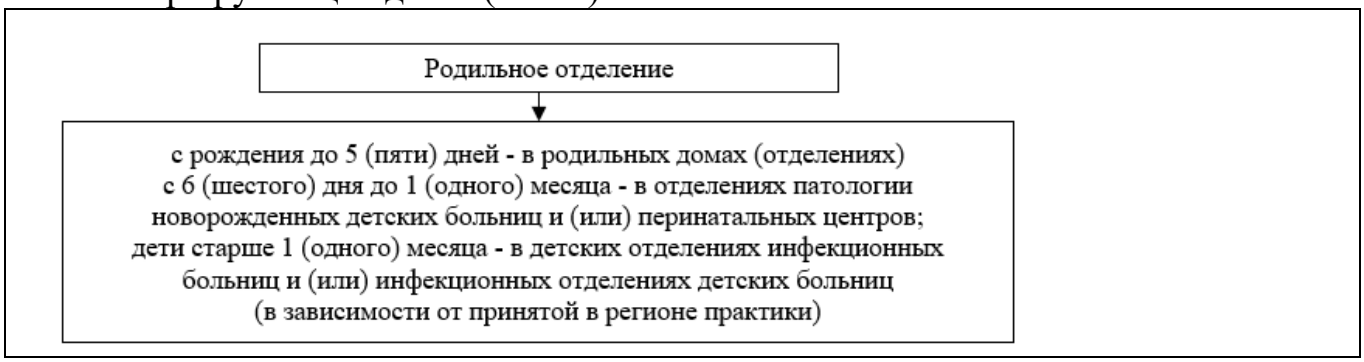


Лечение проводится дерматовенерологом, назначающим специфическое лечение, совместно с терапевтом, неврологом, кардиологом, рекомендующим сопутствующую и симптоматическую терапию.

Маршрутизация беременной (схема): [17]



Маршрутизация детей (схема):



5.1 Немедикаментозное лечение:

- Режим 2
- Стол 15
- воздержание от половых контактов до завершения лечения и подтверждения отсутствия инфекционности;
- информирование пациента о путях передачи, профилактике реинфекции и необходимости завершения терапии.

5.2 Медикаментозное лечение: [1-16]

- Основным препаратом для лечения сифилиса является пенициллин. При всех стадиях заболевания препаратами первой линии являются формы бензилпенициллина, выбор которых зависит от клинической стадии.
- При нейросифилисе, офтальмологическом и отологическом сифилисе проводится лечение водорастворимым бензилпенициллином, вводимым внутривенно в высоких дозах.
- У беременных женщин используются только препараты пенициллина. При наличии аллергической реакции на β-лактамные антибиотики у беременных с

сифилисом проводится десенсибилизация к пенициллину с последующим назначением бензилпенициллина, являющегося единственным препаратом с доказанной эффективностью в профилактике вертикальной передачи инфекции и врождённого сифилиса согласно приложению 1.

- У беременных женщин при наличии тяжелой аллергической реакции на препараты пенициллинового ряда в анамнезе и невозможности проведения десенсибилизации может применяться цефтриаксон.
- При непереносимости пенициллина альтернативой могут быть цефтриаксон или доксициклин (за исключением беременности).
- Все пациенты подлежат клиническому и серологическому контролю эффективности терапии.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	УД
Лечение первичного, вторичного и скрытого сифилиса [1-16]			
Первая линия терапии			
Пенициллины	Водорастворимый бензилпенициллин натриевая соль кристаллическая	Взрослые (в т. ч. беременные): при первичном и вторичном свежем сифилисе 1 млн ЕД через каждые 4 часа внутримышечно в 6 введений в течение 20 дней; при вторичном рецидивном и скрытом сифилисе в течение 28 дней; Детям 100 000–150 000 ЕД на кг массы тела в день, вводимый в дозе 50 000 ЕД на кг массы тела в одно введение внутривенно или внутримышечно каждые 12 часов в течение 7 дней и затем каждые 8 часов в течение 10 дней.	A
Вторая линия терапии			
Цефалоспорин III поколения	Цефтриаксон	Взрослые (в т. ч. беременные[a]): при первичном сифилисе 1,0–2,0 г в сутки в одно введение, внутривенно или внутримышечно в течение 10 дней; при вторичном и скрытом	B

		сифилисе 1,0 г в сутки в одно введение, внутривенно или внутримышечно в течение 14 дней.	
Лечение позднего сифилиса, в том числе нейросифилиса, офтальмологических и отологических форм [1-16]			
Первая линия терапии			
Пенициллины	Водорастворимый бензилпенициллин натриевая соль кристаллическая	Взрослые (в т. ч. беременные): 18–24 млн ЕД в сутки, вводимой в дозе 4 млн ЕД каждые 4 часа внутривенно в течение 10–14 дней	А
или			
Пенициллины	Водорастворимый бензилпенициллин натриевая соль кристаллическая Бензатин бензилпенициллин	Взрослые (в т.ч. беременные): 18-24 млн ЕД в сутки, вводимой в дозе 4 млн ЕД каждые 4 часа внутривенно в течение 10-14 дней и после окончания Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн ЕД внутримышечно в одно введение 1 раз в 7 дней, 1–3 дозы **NB!** рекомендуется разводить 1% лидокаином без эпинефрина для уменьшения дискомфорта, связанного с инъекцией, после проведения инъекции следует наблюдать за пациентом в течение 30 минут.	А
Вторая линия терапии			
Цефалоспорин III поколения	Цефтриаксон	Взрослые (в т. ч. беременные[a]): 1,0–2,0 г 1 раз в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 10–14 дней	В
[a]при наличии тяжелой аллергической реакции на препараты пенициллинового ряда в анамнезе и невозможности проведения десенсибилизации			

Лечение врожденного сифилиса [1-16]

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	УД
Подтверждённый врожденный сифилис ранний			

Врожденный сифилис возможный и маловероятный			
Первая линия терапии			
Пенициллины	Водорастворимый бензилпенициллин натриевая соль кристаллическая	Детям в возрасте до 2 лет 100 000–150 000 ЕД на кг массы тела в день, вводимый в дозе 50 000 ЕД на кг массы тела в одно введение в течение первых 7 дней жизни каждые 12 часов и затем после 7 суток жизни — каждые 8 часов в течение 10 дней детям до 1 месяца жизни - внутривенно, детям старше 1 месяца - внутривенно или внутримышечно	A
Вторая линия терапии			
Цефалоспорин III поколения	Цефтриаксон!	Детям в возрасте до 1 месяца жизни назначают в дозе 50–75 мг на кг массы тела в сутки в 1 введение в течение 10–14 дней внутривенно; детям в возрасте от 1 месяца и старше – в дозе 100 мг на кг массы тела в сутки в 1 введение внутривенно или внутримышечно в течение 10–14 дней	B
! Применяется только при аллергии к пенициллину, не применять у новорождённых с гипербилирубинемией и в первые недели жизни			
Поздний врожденный сифилис			
Пенициллины	Водорастворимый бензилпенициллин натриевая соль кристаллическая	Детям в возрасте старше 2 лет 200000–300000 ЕД на кг массы тела в день, вводимый по 50 000 ЕД на кг массы тела каждые 4 часа внутривенно или внутримышечно в течение 10 дней	A

5.3 Хирургическое вмешательство: нет.

5.4 Дальнейшее ведение: [1-3]

КСК проводится:

- сразу после окончания специфического лечения и затем 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения и 1 раз в 6 месяцев в течение следующего года и при позднем сифилисе – 1 раз в 6 месяцев третьего года:

- детям, родившимся от матерей, которые получили своевременное специфическое, КСК проводится в течение года после лечения, в 3, 6 и 12 месяцев. Титр должен снизиться и результат должен стать отрицательным к 12 месяцам. Дети с устойчиво высокими титрами, должны пройти второй курс лечения;
- неинфицированные дети должны также обследоваться одним из НТТ, которые должны негативироваться к возрасту шести месяцев. Материнские антитела могут сохраняться до 15-18 месяцев.

Лица с сохраняющейся позитивностью НТТ находятся на клинико-серологическом контроле не менее 3 лет.

Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты РМП, должны находиться на КСК до негативации НТТ.

Больные поздними формами сифилиса после окончания специфического лечения: 1, 6, 12, 24 и 36 месяцев. Лица с сохраняющейся позитивностью НТТ находятся на клинико-серологическом контроле не менее 3 лет.

Повторное исследование ЦСЖ не требуется у иммунокомпетентных пациентов и у пациентов с ВИЧ на эффективный АРТ при клиническом и серологическом ответе. Контроль ЦСЖ проводится при отсутствии клинико-серологического ответа, нарастании титров или сохраняющихся/прогрессирующих неврологических симптомах.

Длительность КСК определяется индивидуально в зависимости от результатов лечения.

У детей с врожденным сифилисом НТТ следует повторять в 1, 2, 4, 6 и 12 месяцев. Титр должен снизиться и результат должен стать отрицательным к 12 месяцам. Дети с устойчиво высокими титрами, должны пройти второй курс лечения.

Младенцы с врожденным сифилисом подлежат междисциплинарному наблюдению с участием педиатра, инфекциониста, невролога и других специалистов по показаниям.

5.5 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения: [1-8]

- отсутствие жалоб;
- регресс высыпаний;
- негативация НТТ (РМП/РПР/VDRL) или снижение титра антител в 4 и более раза (на 2 разведения сыворотки) в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии;
- нормализация показаний ЦСЖ.

VI. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА

6.1 Наименование организации разработчика:

1) РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний»
2) НАО «Медицинский университет Астана»
3) НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

4) НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»
5) КГП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» Управления общественного здравоохранения города Алматы
6) КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница имени Г.Султанова» Управление здравоохранения Павлодарской области

6.2 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:
1) Куанышбекова Роза Тохтаналиевна – доктор медицинских наук, профессор, директор РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний»
2) Батпенова Гульнар Рыскельдыевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии и дерматокосметологии НАО «Медицинский университет Астана»
3) Утегенова Алия Казиевна – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог отдела клинического мониторинга РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний»
4) Хабижанов Аскар Болатович – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой дерматовенерологии НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»
5) Цой Наталья Олеговна – кандидат медицинских наук, PhD, врач высшей категории, доцент кафедры дерматовенерологии и дермато-косметологии НАО «Медицинский университет Астана»
6) Толыбекова Алима Алмасовна – кандидат медицинских наук, заведующая курсом дерматовенерологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»
7) Аймахашова Перизат Нахаевна – врач-дерматовенеролог первой квалификационной категории клинико-диагностического отделения КГП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» Управления общественного здравоохранения города Алматы
8) Кипшакбаев Рафаиль Копбосынович – кандидат медицинских наук, клинический фармаколог, ассоциированный профессор Международной школы медицины Учреждения образования «Каспийский общественный университет»
9) Байсекенова Гульнара Витальевна – кандидат медицинских наук, заведующая кожно-венерологическим центром КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница имени Г.Султанова» Управления здравоохранения Павлодарской области
10) Идрисова Айгерим Серикбаевна – магистр медицинских наук, врач-дерматовенеролог отдела менеджмента научных исследований и международного сотрудничества РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан

6.3 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.4 Рецензенты:

1) Аскарова Гульсум Клышпековна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии ТОО «Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения»».

2) Ахметова Альмира Каликапасовна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии НАО «Медицинский университет Семей».

6.5 Указание условий пересмотра клинического протокола:

1) пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности;

2) включение/исключение лекарственных средств в соответствии с рекомендациями Формулярной комиссии.

6.6 Список использованной литературы:

1. Kimberly A. Workowski, Laura H. Bachmann, Philip A. Chan, Christine M. Johnston, Christina A. Muzny, Ina Park, Hilary Reno, Jonathan M. Zenilman, Gail A. Bolan, 2021, Sexually transmitted infections treatment guidelines, MMWR/July 23, 2021/Vol. 70/ No. 4 https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis.htm
2. M. Janier, M. Unemo, N. Dupin, G.S. Tiplica, M. Potocnik, R. Patel, 2020 European guideline on the management of syphilis, JEADV https://iusti.org/wp-content/uploads/2020/11/2020-Syphilis-guideline.pdf
3. Canadian Guidelines Syphilis guide: Treatment and follow-up, 2025 https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines/syphilis/treatment-follow-up.html#a2_2
4. BASHH UK guidelines for the management of syphilis 2024// International Journal of STD & AIDS 2024, Vol. 0(0) 1–19 © The Author(s) 2024 Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions DOI: 10.1177/09564624241280406
5. Zubair M, Launico MV. Rapid Plasma Reagin. 2026 Jan 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan–. PMID: 32491664. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491664/
6. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus, 4 August 2022 / © World Health Organization https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360
7. Trinh T, Leal AF, Mello MB, Taylor MM, Barrow R, Wi TE, Kamb ML. 2019, Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world. Sex Reprod Health Matters. Dec;27(1):69-82. doi: 10.1080/26410397.2019.1691897. PMID: 31884900; PMCID: PMC7888020.
8. de Brito Pinto TK, da Cunha-Oliveira ACGDP, Sales-Moioli AIL, Dantas JF, da Costa RMM, Silva Moura JP, Gómez-Cantarino S, Valentim RAM. Clinical Protocols and Treatment Guidelines for the Management of Maternal and Congenital Syphilis in Brazil and Portugal: Analysis and Comparisons: A Narrative Review. Int J Environ Res Public Health. 2022 Aug 24;19(17):10513. doi: 10.3390/ijerph191710513. PMID: 36078229; PMCID: PMC9518460.

9. Klein M, Angstwurm K, Esser S, Hahn K, Maschke M, Scheithauer S, Schoefer H, Sturzenegger M, Wildemann B, Weber J. German guidelines on the diagnosis and treatment of neurosyphilis. Neurol Res Pract. 2020 Nov 17;2:33. doi: 10.1186/s42466-020-00081-1. PMID: 33225223; PMCID: PMC7669305.
10. Chloé Alberto, Christine Deffert, Nathalie Lambeng et. al. 2022, Intrathecal Synthesis Index of Specific Anti-Treponema IgG: a New Tool for the Diagnosis of Neurosyphilis, Microbiol Spectr v.10(1); Jan-Feb 2022 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8826818/
11. Liu M, Fan Y, Chen J, Yang J, Gao L, Wu X, Xu X, Zhang Y, Yue P, Cao W, Ji Z, Su X, Wen S, Kong J, Zhou G, Li B, Dong Y, Liu A, Bao F. Efficacy and Safety of Treatments for Different Stages of Syphilis: a Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Observational Studies. Microbiol Spectr. 2022 Dec 21;10(6):e0297722. doi: 10.1128/spectrum.02977-22. Epub 2022 Nov 15. PMID: 36377935; PMCID: PMC9769634.
12. John R. Papp; Ina U. Park, Yetunde Fakile, Lara Pereira, Allan Pillay, Gail A. Bolan, 2024, CDC Laboratory Recommendations for Syphilis Testing, United States, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7301a1.htm?utm_source=chatgpt.com
13. Evren K, Berkem R, Yücel M. Evaluation of the Diagnostic Algorithms for Serodiagnosis of Syphilis. Jpn J Infect Dis. 2022 Jan 24;75(1):70-75. doi: 10.7883/yoken.JJID.2021.164. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34193666.
14. Jaiswal AK, Rodrigues Gomes LG, Ferreira Maciel de Oliveira A, de Castro Soares S, Azevedo V. The Critical Role of Penicillin in Syphilis Treatment and Emerging Resistance Challenges. Diseases. 2025 Jan 31;13(2):41. doi: 10.3390/diseases13020041. PMID: 39997048; PMCID: PMC11854480.
15. Guidelines for the management of asymptomatic sexually transmitted infections, 2025//© World Health Organization https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d5869a37-9b00-4ce9-9111-b4b3f1c19b30/content
16. WHO consolidated operational handbook on sexually transmitted infections, © World Health Organization, 2026 https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/25ba8bf6-284d-4908-b688-497f0083e9bd/content
17. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года № ҚР ДСМ-92 «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан»
18. IUSTI 2024 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections - International Union against Sexually https://files.magicapp.org/guideline/f8b0e00c-f72f-4286-9031-05d3f3125a22/published_guideline_8852-1_2.pdf
19. John Saunders, Joseph Deering, Claire Dewsnap, Rachel Drayton, John Gilmore, Alison Grant, Dwayne-Wilson Hunt, Manik Kohli, Fiona Lyons, Hamish Mohammed, Phil Samba, Benjamin Weil, John White, Nicholas Medland and Helen Fifer. British Association for Sexual Health and HIV(BASHH) UK national guideline for the use of doxycycline post-exposure prophylaxis (DoxyPEP) for the prevention of syphilis, 2025 | International Journal of STD & AIDS 2025, Vol. 0(0) 1–9 © The Author(s) 2025

Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions DOI: 10.1177/09564624251352053
20. Boschiero, Matheus Negri MD; Sansone, Nathália Mariana Santos MA; Matos, Laura Ribeiro MD; Marson, Fernando Augusto Lima BSc, MSc, PhD. Efficacy of Doxycycline as Preexposure and/or Postexposure Prophylaxis to Prevent Sexually Transmitted Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sexually Transmitted Diseases 52(2): p 65-72, February 2025. | DOI: 10.1097/OLQ.0000000000002082
21. Laura H. Bachmann, MD; Lindley A. Barbee, MD; Philip Chan, MD, Hilary Reno, MD; Kimberly A. Workowski, MD; Karen Hoover, MD; Jonathan Mermin, MD; Leandro Mena, MD. CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention, United States, 2024 | US Department of Health and Human Services | Centers for Disease Control and Prevention | MMWR | June 6, 2024 | Vol. 73 | No. 2
22. Updated recommendations for the treatment of Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis and Treponema pallidum (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services //© World Health Organization 2024

Приложение 1

Алгоритм десенсибилизации к пенициллину у беременных с сифилисом

1. Десенсибилизация к β-лактамным антибиотикам проводится у беременных пациенток с подтверждённым диагнозом “сифилис” при наличии аллергической реакции на пенициллин, включая реакции немедленного типа.
Метод направлен на временное формирование толерантности к бензилпенициллину с целью последующего проведения полноценной этиотропной терапии, являющейся единственным эффективным методом профилактики врожденного сифилиса.

2. Условия проведения
Десенсибилизация проводится исключительно:
- в условиях стационара
- при наличии реанимационного оборудования
- под постоянным мониторингом жизненно важных функций (АД, ЧСС, SpO_2)
- при готовности к оказанию неотложной помощи (адреналин, глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты)

3. Метод проведения (пероральная схема)
Растворимый бензилпенициллин назначается перорально в возрастающих дозах с интервалом 15–30 минут до достижения полной терапевтической дозы.

Этап	Доза бензилпенициллина (ЕД)	Интервал
1	100 ЕД	15–30 мин
2	200 ЕД	15–30 мин
3	400 ЕД	15–30 мин
4	800 ЕД	15–30 мин
5	1 600 ЕД	15–30 мин
6	3 200 ЕД	15–30 мин
7	6 400 ЕД	15–30 мин
8	12 800 ЕД	15–30 мин
9	25 000 ЕД	15–30 мин
10	50 000 ЕД	15–30 мин
11	100 000 ЕД	15–30 мин
12	200 000 ЕД (терапевтическая доза)	—

4. Переход к терапии
После достижения терапевтической дозы незамедлительно начинается полный курс лечения сифилиса, перерыв между десенсибилизацией и терапией не допускается, схема лечения определяется стадией заболевания

5. Особенности и меры безопасности

Возможна индивидуальная модификация интервалов (15–60 минут) по клиническим показаниям

При появлении аллергической реакции:

- временная остановка процедуры
- симптоматическая терапия
- возврат на предыдущий этап после стабилизации состояния

Эффект десенсибилизации сохраняется только на период непрерывного введения препарата