Приложение 3
к приказу № 287
от «15» сентября 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ

«СИФИЛИС»

ТАШКЕНТ 2025



«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. директора
РСНПМЦДВиК МЗ
РУз
Сабиров У.Ю.

_____

«____» _____ 2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ

«СИФИЛИС»

ТАШКЕНТ 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ

«СИФИЛИС»

ТАШКЕНТ 2025

1. Вводная часть

Коды МКБ-10/11:

МКБ-10	
A50	Врождённый сифилис
A50.0	Ранний врожденный сифилис с симптомами
A50.1	Ранний врожденный сифилис скрытый
A50.2	Ранний врожденный сифилис неуточненный
A50.3	Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз
A50.4	Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)
A50.5	Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами
A50.6	Поздний врожденный сифилис скрытый
A50.7	Поздний врожденный сифилис неуточненный
A50.9	Врожденный сифилис неуточненный
A51	**Ранний сифилис**
A51.0	Первичный сифилис половых органов. Сифилитический шанкр БДУ
A51.1	Первичный сифилис анальной области
A51.2	Первичный сифилис других локализаций
A51.3	Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек
A51.4	Другие формы вторичного сифилиса
A51.5	Ранний сифилис скрытый
A51.9	Ранний сифилис неуточненный
A52	**Поздний сифилис**
A52.0	Сифилис сердечно-сосудистой системы
A52.1	Нейросифилис с симптомами
A52.2	Асимптомный нейросифилис
A52.3	Нейросифилис неуточненный
A52.7	Другие симптомы позднего сифилиса
A52.8	Поздний сифилис скрытый
A52.9	Поздний сифилис неуточненный
A53	**Другие и неуточненные формы сифилиса**
A53.0	Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний. Скрытый сифилис БДУ

A53.9	Сифилис неуточненный
	https://classinform.ru/mkb-10/a54.html

Коды МКБ-10/11:

ХКТ-11	
1A90.	**Врожденный сифилис**
1A90.0	Ранний врожденный сифилис, симптоматический
1A90.1	Ранний врожденный сифилис, скрытый
1A90.2	Поздняя врожденная сифилитическая окулопатия
1A90.3	Поздний врожденный нейросифилис
1A90.4	Поздний врожденный сифилис, симптоматический
1A90.5	Поздний врожденный сифилис, скрытый
1A90.Z	Врожденный сифилис неуточненный
1A91.	**Ранний сифилис**
1A91.0	Первичный генитальный сифилис
1A91.1	Первичный анальный сифилис
1A91.2	Первичный сифилис других органов
1A91.3	Вторичный сифилис кожи или слизистых оболочек
1A91.4	Вторичный сифилис других органов
1A91.5	Скрытый ранний сифилис
1A91.Y	Другие уточненные виды раннего сифилиса
1A91.Z	Ранний сифилис неуточненный
1A92	**Поздний сифилис**
1A92.0	Нейросифилис
1A92.00	Бессимптомный нейросифилис
1A92.01	Симптоматический поздний нейросифилис
1A92.0Z	Нейросифилис неуточненный
1A92.1	Сердечно-сосудистый поздний сифилис
1A92.2	Симптоматический поздний сифилис других органов
1A92.20	Окулярный поздний сифилис

1A92.21	Поздний сифилис, связанный с костно-мышечной системой
1A92.22	Поздний сифилис кожи или слизистых оболочек
1A92Y	Другой указанный поздний сифилис
1A92.Z	Поздний сифилис неуточненный
1A93.0	Скрытый сифилис, неопределенный как ранний, так и поздний
JB62.1	Скрытый сифилис, неопределенный как ранний, так и поздний
1A.9Z	Сифилис неуточненный
	https://icd11.ru/pozdniy-syphilis/

Дата разработки и пересмотра протокола: дата разработки 2025 г. и дата пересмотра протокола 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматовенерологии и Косметологии

В разработку клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению инфекции, передающиеся половым путем (ИППП):

1. **Сабиров У.Ю. –** директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (РСНПМЦДВиК МЗ РУз), доктор медицинских наук, профессор
2. **Юлдашев К.А.** - ведущий научный сотрудник РСНПМЦДВиК, доктор медицинских наук, профессор
3. **Фаттахов Б.Ш.** – PhD, доктор философии, врач сифилидолог РСНПМЦДВиК
4. **Турдиев Ж.Р.** – врач ординатор отделения Дерматовенерологии и Репродуктивных нарушений РСНПМЦДВиК
5. **Абишала В.**А. – заведующая централизованной серологической лабораторией с ПЦР-диагностикой РСНПМЦДВиК

Рецензенты:

1. Львов Андрей Николаевич – д.м.н., профессор кафедрқ дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная Государственная медицинская академия» Управления делами президента Российской Федерации

2. **Ганиева Шахноза Турсуновна –** к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии ЦРПКМР

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. **Иноятов Аваз Шавкатович** – д.м.н., заместитель директора РСНПМЦДВиК по лечебной работе.

2. **Джалилов Дилшод Сайфуллаевич** – к.м.н. заместитель директора РСНПМЦДВиК по научной работе.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Дата и номер выписки из протокола обсуждения: Выписка из протокола № 1 от 06.02.2025 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Целевая аудитория: врачи дерматовенерологи, врачи общей практики, терапевты, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, стоматологи, офтальмологи, оториноларингологи, акушер-гинекологи, урологи, инфекционисты, педиатры, невропатологи, клинические ординаторы, магистранты, докторанты мед.вузов.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения сифилитической инфекции в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов: обследованию подлежат больные сифилисом и их половые партнеры.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств):

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или не рандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Не сравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «СИФИЛИС» ……..……4

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ «СИФИЛИС» ……45

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ «СИФИЛИС»……..…64

Список сокращений:

НС	Нейросифилис
НТТ	нетрепонемные тесты
ТТ	трепонемные тесты
РМП RPR	реакция микропреципитации реакция определения быстрых плазменных реагинов
VDRL	аббревиатура названия лаборатории, в которой был предложен этот тест (Venereal Desease Research Laboratory
TPPA	реакция агглютинации сенсибилизированных частиц
РПГА	реакция пассивной гемагглютинации
ИФА	иммуноферментный анализ
ИБ	иммунный блот, иммуноблотинг
ИХА	иммунохроматографический тест
ИХЛ	иммунохемилюминесцентный метод
РИФ	реакция иммунофлуоресценции
БЛПР	биологически ложноположительные реакции на сифилис
СМЖ	спинномозговая жидкость
ЛП	ликворологическая пункция
ЛЖ	левый желудочек
КТ	компьютерная томография
МРТ	магнитно-резонансная томография
КВС	кардиоваскулярный сифилис
КСК	клинико-серологический контроль
МКБ	Международная классификация болезней
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
УЗДГ	ультразвуковая допплерография
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЦНС	центральная нервная система
ЭКГ	Электрокардиография
Эхо-КГ	Эхокардиография
IgG	иммуноглобулин(ы) G
IgM	иммуноглобулин (ы) M
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем

АРВТ	антиретровирусная терапия
ВП	вызванные потенциалы
НКДР	не классифицированный в других рубриках

2. Основная часть.

2.1.Введение.

Сифилис (устар.: **лю́эс** от лат. *lues* — зараза) – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (Treponema pallidum), передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся полиорганным поражением и стадийным прогредиентным течением.

Сифилитическая инфекция относится к классическим венерическим болезням и является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Сифилис поражает все органы и системы, нет такого места в организме, куда не проникает возбудитель. Наиболее часто инфекция локализуется в очаге первичного заражения и постепенно лимфогенным путём распространяется по всему организму.

Структура заболеваемости

Источник инфекции – больной человек. Наиболее распространена среди уязвимых групп населения, таких как мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), работники секс-бизнеса, трансгендеры. Инфицирование взрослых лиц происходит при любых формах половых контактов с больным сифилиса, детей – перинатальным путем и при половом контакте; в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при тесном бытовом контакте с больной сифилисом матерью при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми.

2.2. Определение и заболеваемость

Сифилическая инфекция — системное венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы с последовательной сменой стадий болезни, вызываемое бактериями вида *Treponema pallidum* (бледная трепонема) подвида *pallidum*, относящимися к роду трепонем (*Treponema*) порядка Спирохеты (*Spirochaetales*).

По данным ВОЗ каждый день происходит заражение ИППП свыше у 1 млн. человек, из 376 млн. заражённых на долю сифилиса приходится 10-12 млн. случаев. По миру только в 2016 году от сифилиса умерло 200000 новорождённых. Конец 90-х и начало 2000 годов в Республике Узбекистан и в странах СНГ отмечался эпидемический рост сифилиса. До эпидемический уровень заболеваемости (1988-1989 годы) составил 4,3 случаев на 100 000 населения, пик заболеваемости отмечен в 1997 году (277,3 случая на 100 000 населения). Начиная с 1998 года, заболеваемость плавно снижается на 15-20% в год: в 2018 году она составила 16,7 случая 100 000 населения. Заболеваемость врожденным сифилисом в 2018 году составила 32 случая на 100 000 населения, из них ранний врожденный – 29, поздний врожденный – 3. На фоне снижения общей заболеваемости сифилисом отмечается рост регистрации поздних форм заболевания (в 2010 г. – 2,5 случая на 100 000 населения, в 2018 г. – 4,7 случая на 100 000 населения).

2.3. Клиническая классификация: [https://diseases.medelement.com/disease/]

Для практического применения более удобна следующая традиционная клиническая классификация сифилиса:

По течению:

- **инкубационный период** начинается с внедрения через слизистую оболочку или поврежденную

кожу возбудителя сифилиса и заканчивается появлением первичного аффекта; составляет в среднем 3-4 недели, может продолжаться от 10 до 190 дней;

- **сифилис первичный серонегативный** (syphilis primaria seronegativa) диагностируют при наличии первичного аффекта и отрицательных результатах НТТ и положительных (либо слабоположительных) результатах ТТ в сыворотке крови, а также темнопольной микроскопии содержимого первичного аффекта/ПЦР;
- **сифилис первичный серопозитивный** (syphilis primaria seropositiva) – диагностируют при наличии первичного аффекта и положительных (либо слабоположительных) результатах НТТ и положительных значениях ТТ в сыворотке крови, а также темнопольной микроскопии содержимого первичного аффекта/ПЦР;
- **сифилис вторичный свежий** (syphilis secundaria recens) – первое высыпание вторичного периода, диагностируют при наличии обильных, мелких, симметричных вторичных сифилидов (чаще – розеол, реже – папул) и остатков первичного аффекта, положительных результатах НТТ и ТТ в сыворотке крови, а также темнопольной микроскопии содержимого первичного аффекта/ПЦР;
- **сифилис вторичный рецидивный** (syphilis secundaria recidiva) – вторая и последующие «волны» высыпаний вторичного периода, диагностируют при наличии немногочисленных, более крупных, сгруппированных вторичных сифилидов (чаще – папулезных) и отсутствии первичного аффекта, положительных результатах НТТ и ТТ в сыворотке крови.
- **сифилис третичный активный** (syphilis tertiaria activa) – период, характеризующийся наличием бугорковых или гуммозных сифилидов, отрицательных либо положительных результатах НТТ и положительных значениях ТТ в сыворотке крови.
- **сифилис третичный скрытый** (syphilis tertiaria latens) – диагностируют у больных, перенесших активные проявления третичного периода сифилиса и имеющих на момент обследования следы в виде патогномоничных рубцов, отрицательных либо положительных результатах НТТ и положительных значениях ТТ в сыворотке крови.
- **сифилис скрытый ранний** (syphilis latens praecox) – диагностируют у ранее не получавших противосифилитической терапии пациентов при отсутствии клинических проявлений заболевания, положительных результатах НТТ и ТТ в сыворотке крови, а также длительности заболевания до 2 лет.
- **сифилис скрытый поздний** (syphilis latens tarda) – диагностируют у ранее не получавших противосифилитической терапии пациентов при отсутствии клинических проявлений заболевания, отрицательных, либо слабоположительных, либо положительных результатах НТТ и положительных значениях ТТ в сыворотке крови, а также длительности заболевания более 2 лет.
- **сифилис скрытый неуточненный** (syphilis latens ignorata) – диагностируют у ранее не получавших противосифилитической терапии пациентов при отсутствии клинических проявлений заболевания, отрицательных, либо слабоположительных, либо положительных результатов НТТ и положительных значениях ТТ в сыворотке крови и неустановленной длительности заболевания.
- **нейросифилис ранний** (neurosyphilis praecox) – диагностируют у пациентов с подтвержденным диагнозом сифилиса при наличии неврологической/психиатрической симптоматики, соответствующей экссудативно-воспалительным и пролиферативным процессам в мозговых оболочках, сосудах, и патологических изменениях цереброспинальной жидкости или при наличии только патологии ликвора (асимптомный ранний нейросифилис), при длительности заболевания до 5 лет.
- **сифилис внутренних органов** (с указанием пораженного органа) и **опорно-двигательного аппарата ранний** (syphilis visceralis praecox) – диагностируют у больных с подтвержденным диагнозом сифилиса при наличии клинической симптоматики поражения соответствующего органа.
- **сифилис внутренних органов и опорно-двигательного аппарата поздний** (syphilis visceralis tarda) – диагностируют у больных с подтвержденным диагнозом сифилиса при наличии клинической симптоматики поражения соответствующего органа на основании обнаружения при патоморфологическом исследовании биоптата гранулематозного воспаления.

врожденный сифилис

I. Сифилис плаценты и плода

II. Ранний врожденный сифилис (syphilis congenita praecox) – диагностируют у детей в возрасте до 2 лет, его подразделяют на:

а) сифилис грудного возраста – от 0 до 1 года

б) сифилис раннего детского возраста – от 1 до 2 лет.

Ранний врожденный сифилис может быть:

1. активным (с клиническими проявлениями) и
2. скрытым – без клинических проявлений, но с положительными серологическими реакциями.

III. Поздний врожденный сифилис (syphilis congenita tarda) – диагностируют у детей старше 2 лет, его делят на:

а) сифилис детей от 2 до 5 лет с признаками вторичного сифилиса

б) сифилис детей старше 5 лет и взрослых с признаками третичного сифилиса.

Поздний врожденный сифилис может быть:

1. активным и
2. скрытым.

Пути передачи:

У мужчин и женщин:

 половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным сифилитической инфекцией).

 трансплацентарный (передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, ведущее к развитию врожденного сифилиса).

 трансфузионный (при переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии); бытовой (являющийся редкостью).

 профессиональный (заражение персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными, а также акушер-гинекологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов при выполнении профессиональных обязанностей)

Основные диагностические исследования, проводимые на амбулаторном уровне:

 Общий аналз крови;

 Исследование на ВИЧ; гепатиты В и С

Скрининговые (отборочные) тесты на сифилис (один из них: РМП, RPR, ИХА, РПГА-качественный, ИФА, ИХЛА)

[https://diseases.medelement.com/disease/]

Основные диагностические исследования, проводимые на стационарном уровне:

 Определение антител к ВИЧ ½ методом ИФА или экспресс-методом

 Основными методами диагностики сифилиса **рекомендуется** считать серологические методы, включающие две группы: трепонемные тесты (ТТ) и нетрепонемные тесты (НТТ). Главным принципом применения серологических методов при сифилисе является последовательная ступенчатая диагностика. Первоначально полученный при использовании скринингового теста положительный результат должен быть подтвержден последующим исследованием. Подтверждающий тест (или тесты) должен обладать более высокой чувствительностью и, желательно, большей специфичностью, чем первоначальный тест, и отличаться по методологии, чтобы уменьшить вероятность получения ложноположительных реакций. Это исследование должно выполняться на другом, повторно взятом у пациента образце крови, чтобы исключить вероятность

преаналитической ошибки.

- *Скрининговые тесты: ИФА, РПГА, РМП, RPR, ИХА, ИХЛА.*
- *Подтверждающие тесты: РПГА, ИФА, ИБ, РИФ,* ИХА, ИХЛ, темнопольная микроскопия, ПЦР;

 Микроскопическое, культуральное или ПЦР исследование на другие ИППП

[https://diseases.medelement.com/disease/]

Дополнительные диагностические исследования, проводимые на стационарном уровне (в зависимости от клинической формы):

 Общий анализ мочи
 Общий анализ кала
 Комплекс биохимических исследований
 Подтверждающие серологические тесты на сифилис (два из пяти (ИХА, РПГА-количественный), ИФА (IgM и суммарные антитела), Иммуноблот IgM, G, РИФ (200, абс, Ц), ИХЛА и прямые тесты темнопольная микроскопия, ПЦР;
 Диагностика ИППП другими методами (ПЦР, ИФА, культуральный, и пр.)
 Обследование на Гепатит В и С
 Бимануальное влагалищное исследование, осмотр при помощи влагалищных зеркал
Уретроскопия (по показаниям)
УЗИ внутренних органов
[https://diseases.medelement.com/disease/]

Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не требуются.
Диагностические критерии постановки диагноза: положительные результаты при серологических реакциях (НТ и ТТ)

2.4 Клиническая картина заболевания

Клинические проявления сифилиса зависят от периода патологического процесса и его распространенности, состояния иммунной системы больного.

Инкубационный период начинается с внедрения через слизистую оболочку или поврежденную кожу возбудителя сифилиса и заканчивается появлением первичного аффекта; составляет в среднем 3-4 недели, может продолжаться от 10 до 190 дней.

Первичный сифилис (А51.0-А51.2). Характеризуется появлением на месте внедрения бледных трепонем твердого шанкра (шанкров) – в виде эрозии или язвы в сочетании с регионарным лимфаденитом и нередко лимфангоитом. Характерной особенностью шанкров является плотно - эластический инфильтрат в основании. К атипичным шанкрам относят: индуративный отек, шанкр-панариций и шанкр-амигдалит

Дифференциальная диагностика первичного сифилиса на основании клинических проявлений проводится с эрозивным баланопоститом, генитальным герпесом, гонорейными и трихомонадными язвами половых органов, шанкриформной пиодермией, раком кожи, мягким шанкром, венерическим лимфогранулематозом, донованозом, острой язвой вульвы Чапина-Липшютца, молниеносной гангреной половых органов, тромбофлебитами и флеболимфангитами половых органов, чесоточной эктимой. Иногда твёрдый шанкр приходится дифференцировать с эрозивными сифилитическими

папулами.

Вторичный сифилис (А51.3). Обусловлен гематогенной диссеминацией инфекции и проявляется: высыпаниями на коже (розеолезный (пятнистый), папулезный (узелковый), пустулезный (гнойничковый) и везикулезный (пузырьковый) сифилиды) и/или слизистых оболочках (ограниченные и сливные розеолезные и папулезные сифилиды); лейкодермой (пигментный сифилид) - пятнистой, сетчатой, мраморной; алопецией - мелкоочаговой, диффузной, смешанной; возможны остаточные явления первичного сифилиса, поражения внутренних органов и систем (А51.4)

Дифференциальная диагностика вторичного сифилиса на основании клинических проявлений: пятнистые сифилиды - с высыпаниями при острых инфекциях (краснуха, корь, брюшной и сыпной тиф), токсикодермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц; папулёзные сифилиды - с каплевидным парапсориазом, красным плоским лишаем и псориазом; при локализации папул на ладонях и подошвах – с псориазом, экземой, микозами стоп; эрозивные папулы гениталий - с банальными фолликулитами, контагиозным моллюском, у женщин – с ложносифилитическими папулами; широкие кондиломы - с остроконечными кондиломами, вегетирующей пузырчаткой, геморроидальными узлами; пустулезные сифилиды: угревидный - с вульгарными (юношескими) угрями, папулонекротическим туберкулёзом кожи, узелковым аллергическим васкулитом, йодистыми или бромистыми угрями, масляными профессиональными фолликулитами; оспенновидный - с ветряной оспой; импетигоподобный – с вульгарным импетиго; сифилитическую эктиму – с эктимой вульгарной; сифилитические рупии – с рупиоидным псориазом; везикулезный сифилид – с герпетическими высыпаниями; поражение слизистых оболочек - с лакунарной ангиной, дифтерией зева, ангиной Плаута-Венсана, красным плоским лишаем, лейкоплакией, красной волчанкой, кандидозом, многоформной экссудативной эритемой, буллёзным пемфигоидом, герпесом, истинной пузырчаткой, афтозным стоматитом, эксфолиативным глосситом; сифилитическую лейкодерму - с отрубевидным лишаем, лейкодермой после разрешения других дерматозов (псориаз, парапсориаз и т.д.), витилиго; сифилитическую алопецию - с диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопелада Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой, иногда с красным плоским лишаем.

Третичный сифилис (А52.7). Проявляется высыпаниями на коже/слизистых оболочках (бугорковый и гуммозный сифилиды, третичная розеола Фурнье), поражениями внутренних органов и систем (А52.0-А52.7).

Дифференциальная диагностика третичного сифилиса на основании клинических проявлений: бугорковый сифилид - с туберкулёзной волчанкой, туберкулоидным типом лепры, красными угрями, кольцевидной гранулёмой, базалиомой, саркоидозом Бенье – Бека – Шауманна, эктимой вульгарной, варикозными язвами голеней, кожным лейшманиозом, липоидным некробиозом, васкулитом узелковым некротическим, хронической язвенной пиодермией, псориазом; гуммы - со скрофулодермой, индуративным туберкулёзом кожи, эктимой вульгарной, хронической язвенной пиодермиией, спиноцеллюлярным раком, сифилитической эктимой, изъязвившейся базалиомой, лепроматозными узлами, варикозными язвами, узловатой эритемой, васкулитом узловатым аллергическим, панникулитом узловатым лихорадочным Вебера – Крисчена, лейшманиозом кожи, туберкулезными поражениями и новообразованиями; третичную розеолу - с различными эритемами (стойкой фигурной эритемой Венде, хронической мигрирующей эритемой Афцелиуса – Липшютца, центробежной кольцевидной эритемой Дарье), а также с пятнистыми высыпаниями при лепре.

Скрытый сифилис. Различают ранний (А51.5) (до 2 лет с момента инфицирования), поздний (А52.8) (свыше 2 лет) и неуточнённый как ранний или поздний (А53.0) скрытый сифилис. Характеризуется отсутствием клинических проявлений. Диагноз основывается только на данных серологического обследования.

Врожденный сифилис (А50). Источником заражения плода является только больная сифилисом мать. Различают ранний (проявляющийся в первые 2 года жизни) и поздний (проявляющийся в более позднем возрасте) врожденный сифилис, протекающий как с клиническими проявлениями (манифестный) (А50.0; А50.3-А50.5), так и без них (скрытый) (А50.1; А50.6).

Нейросифилис. Различают асимптомный и манифестный нейросифилис. По срокам от момента заражения нейросифилис условно разделяют на ранний (до 5 лет с момента заражения) и поздний (свыше 5 лет).

Асимптомный нейросифилис *(A51.4; A52.2)* характеризуется отсутствием клинических проявлений. Диагноз основывается на патологических данных ликворологического обследования.

Нейросифилис с симптомами проявляется любыми неврологическими или психическими нарушениями, которые имеют острое развитие или прогрессируют в течение нескольких месяцев или лет. Чаще всего из ранних форм нейросифилиса (A51.4) встречается менинговаскулярный сифилис, в клинической картине которого преобладают симптомы поражения оболочек и сосудов мозга: сифилитический менингит (острый конвекситальный, острый базальный, как исход – острая сифилитическая гидроцефалия), сифилитический увеит (хориоретинит, ирит), васкулярный нейросифилис (ишемический, реже геморрагический инсульт), спинальный менинговаскулярный сифилис (сифилитический менингомиелит). К поздним формам нейросифилиса относят поздний менинговаскулярный, прогрессивный паралич, спинную сухотку, табопаралич, атрофию зрительных нервов (A52.1) и гуммозный нейросифилис (A52.3), в клинической картине которых преобладают симптомы поражения паренхимы мозга.

Дифференциальная диагностика нейросифилиса на основании клинических проявлений: сифилитический менингит - с менингитами другой этиологии, невриты зрительного и слухового нервов – с невритами несифилитического происхождения, симптоматику церебрального варианта менинго-васкулярного нейросифилиса – с гипертоническим кризом, ОНМК (острым нарушением мозгового кровообращения) атеросклеротического или иного генеза, спинальные поражения - с опухолью спинного мозга, тромбозами сосудов спинного мозга, спинальной формой рассеянного склероза; психические нарушения при проогрессивном параличе - с неврастенией, маниакально-депрессивным психозом, шизофренией, атеросклерозом, старческим и алкогольным психозом, опухолью мозга (особенно лобных долей); неврологические расстройства при спинной сухотке - с последствиями травм головного и спинного мозга, острых инфекционных заболеваний с поражением нервной системы (брюшной тиф, грипп), длительной хронической интоксикации (мышьяк, алкоголь); первичную табетическую атрофию зрительных нервов - с атрофиями зрительных нервов другой этиологии, чаще туберкулезной; гуммы - с новообразованиями головного и спинного мозга.

Сифилис внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. По срокам от момента заражения условно разделяют на ранние (до 2 лет с момента заражения) и поздние (свыше 2 лет) формы. При ***ранних формах*** (A51.4) страдает только функция пораженного органа при наибольшей функциональной нагрузке. 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), реже – другие органы.

Наиболее ранний симптом поражения опорно-двигательного аппарата – ночные боли в длинных трубчатых костях конечностей. Могут наблюдаться специфические синовиты и остеоартриты.

При ***поздних формах*** (A52.0; A52.7) наблюдаются деструктивные изменения внутренних органов. Чаще всего регистрируется поражение сердечно-сосудистой системы (сифилитический аортит, сифилитическая недостаточность аортальных клапанов, стеноз устьев коронарных артерий, сифилитическая аневризма аорты, сифилитический миокардит, гуммозные эндо- и перикардит), реже – поздние гепатиты (ограниченный хронический эпителиальный, хронический интерстициальный гуммозный и милиарный гуммозный гепатит), еще реже – другие поздние висцеральные сифилитические поражения (A52.7).

К поздним проявлениям патологии опорно-двигательного аппарата относятся табетическая артропатия и гуммозные поражения костей и суставов.

3. Диагностика заболевания

Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские

показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза/состояния: *на основании патогномоничных данных:*

1) *жалоб пациента, анамнестических данных;*
2) *данных физикального обследования пациентов;*
3) *данных лабораторных исследований;*
4) *данных инструментального обследования.*

3.1. Жалобы и анамнез

Пациенты могут не предъявлять жалоб, либо жаловаться на наличие высыпаний на коже и слизистых оболочках, часто сопровождающихся мокнутием, иногда жжением и зудом, увеличение лимфатических узлов, общее недомогание, повышение температуры, ночные боли в костях, суставах, мышцах. При нейросифилисе пациентов может беспокоить головная боль, головокружение, тошнота, рвота, нарушение зрения, слуха, речи, потеря сознания, судороги, парестезии, нарушение координации, походки, функции тазовых органов, снижение памяти, интеллекта, психические расстройства. При висцеральном сифилисе у пациентов может отмечаться давящая боль в грудной клетке, боль в правом подреберье, эпигастральной, поясничной области, тошнота, рвота, иктеричность склер, желтушность кожных покровов, периферические отеки.

Из анамнестических данных следует принимать во внимание указание на наличие высыпаний на коже и слизистых оболочках, увеличение лимфатических узлов и т.д. в определенный момент времени в прошлом; возможность заражения сифилисом в определенный период (наличие источника заражения); серологическое обследование на сифилис в прошлом; указание на лечение сифилиса в прошлом; указание на прием антибиотиков в прошлом; информацию о перенесенных в прошлом заболеваниях, диспансерном наблюдении у специалистов другого профиля, результаты специальных исследований и консультаций смежных специалистов, если они проводились. У женщин учитывают наличие воспалительных процессов репродуктивных органов, а также число и исход предыдущих беременностей.

3.2. Физикальное обследование

Объективные клинические проявления сифилиса, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

Абсолютным доказательством наличия заболевания является обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных из очагов поражений, с помощью микроскопии в темном поле зрения, а также выявление трепонемных антител в образцах крови

3.3. Лабораторные диагностические исследования

Для лабораторной диагностики сифилиса применяются прямые и непрямые методы.

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

Непрямые методы диагностики сифилиса - это тесты, выявляющие антитела к возбудителю сифилиса в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости, также используется термин серологические лабораторные исследования.

Основными методами диагностики сифилиса являются серологические лабораторные исследования - нетрепонемные и трепонемные.

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://yandex.ru/search/?text=3.+Красносельских+Т.В.%2C+Соколовский+Е.В.+Современные+стандарты+диагностики+сифилиса%3A+сравнение+российских+и+зарубежных+клинических+рекомендаций+(сообщение+I).+Вестник+дерматологии+и+венерологии%2C+2015%3B+2%3A+11-22&lr=10335&clid=2270455&win=475

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://yandex.ru/search/?text=6.+Ballard+R.%2C+Hook+E.W.+III.+Syphilis.+In%3A+Dynamo+M.%2C+Ballard+R.%2C+Icon+C.%2C+Lewis+D.%2C+Ndowa+F.%2C+Peeling+R.%2C+eds.+Laboratory+diagnosis+of+sexually+transmitted+infections%2C+including+human+immunodeficiency+virus.+World+Health+Organization+(WHO)%2C+Geneva%2C+Switzerland%2C+2013%3A+107-129.&clid=2270455&win=475&lr=10335&msp=1

https://natmedlib.uz/fm/?sitemap/file/9p8vkXmg&view=Клинические%20рекомендации.%20Стандарты./Стандарты_диагностики_и_лечения_по_дерматовенерологии.pdf

5C	**Рекомендуется** для обследования пациентов с подозрением на сифилис использовать следующие нетрепонемные исследования: – Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и количественное исследование) в сыворотке крови /ликворе;

Общая характеристика нетрепонемных тестов: применяется антиген нетрепонемного происхождения (стандартизованный кардиолипиновый антиген); **становятся положительными** через 1-2 недели после образования первичной сифиломы; имеют невысокую чувствительность (до 70-90% при ранних формах сифилиса и до 30% – при поздних), могут давать ложноположительные результаты (3% и более).

Преимущества нетрепонемных тестов: низкая стоимость; техническая простота выполнения; быстрота получения результатов.

Недостатки нетрепонемных тестов: низкая чувствительность при первичном (75-80%) и позднем сифилисе (30-75%), возможность ложноположительных результатов (до 7%).

5C	**Рекомендуется** для обследования пациентов с подозрением на сифилис в зависимости от клинической ситуации использовать следующие трепонемные исследования: – Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА); – Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) иммуноферментным методом (ИФА); – Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) реакцией иммунофлюоресценции (РИФ), в том числе в модификациях РИФабс и $РИФ_{200}$);; – Иммунохроматографическое исследование.

Общая характеристика трепонемных тестов: применяется антиген трепонемного происхождения; чувствительность – 70-100% (в зависимости от вида теста и стадии сифилиса); специфичность – 94-100%.

Краткое описание методов:

1. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) – высокочувствительный и специфичный тест.

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

2. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) иммуноферментным методом (ИФА) – высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность при первичном и вторичном сифилисе – 98-100%, специфичность – 96-100%. Дает возможность дифференцированного и суммарного определения IgM и IgG антител к возбудителю сифилиса.
3. Определение антител к Treponema pallidum методом иммуноблоттинга – является модификацией ИФА. Чувствительность и специфичность – 98-100%. Может применяться для подтверждения диагноза, в особенности при сомнительных или противоречивых результатах других трепонемных тестов. Дает возможность дифференцированного и суммарного определения IgM и IgG антител к возбудителю сифилиса.
4. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) реакцией иммунофлюоресценции (РИФ), в том числе в модификациях РИФабс и РИФ$_{200}$) – тест, достаточно чувствительный на всех стадиях сифилиса. Чувствительность при первичном сифилисе – 70-100%, при вторичном и позднем – 96-100%), специфичность – 94-100%. РИФ применяется для дифференциации скрытых форм сифилиса и ложноположительных результатов исследований на сифилис.
5. Метод иммунохроматографии - имеет чувствительность 99-100% и специфичность 97-99,5%. Простая технологическая процедура выполнения и интерпретации результата, отсутствие необходимости сложного оборудования позволяют использовать этот метод в качестве дополнительного теста

РИФ, ИФА становятся положительными приблизительно с 3 недели от момента заражения и ранее, РПГА – с 4 недели, РИБТ – с 7-8-й.

Преимущества трепонемных тестов: высокая чувствительность и специфичность.

Недостатки трепонемных тестов: не могут быть использованы для контроля эффективности терапии, изредка могут давать ложноположительный результат.

В зависимости от целей серологическое обследование населения на сифилис осуществляется с использованием разных методов.

3.3.1. Скрининговые лабораторные исследования

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://yandex.ru/search/?text=3.+Красносельских+Т.В.%2C+Соколовский+Е.В.+Современные+стандарты+диагностики+сифилиса%3A+сравнение+российских+и+зарубежных+клинических+рекомендаций+(сообщение+I).+Вестник+дерматологии+и+венерологии%2C+2015%3B+2%3A+11-22&lr=10335&clid=2270455&win=475

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

5C	**Рекомендуется** для массового скрининга населения с целью выявления лиц, больных активными формами сифилитической инфекции, использовать нетрепонемные тесты .

5C	**Рекомендуется** использовать комбинацию нетрепонемного и трепонемного тестов для выявления инфекции или перенесших ее лиц для скрининга в особых целевых группах: – беременные, в том числе направляемые на искусственное прерывание

	беременности; – доноры крови, спермы и тканей, – пациенты психиатрического, неврологического, кардиологического, офтальмологического и оториноларингологического профиля; – ВИЧ-инфицированные лица.

5C	**Рекомендуется** использовать один из трепонемных тестов ($ИФА_{IgM,}$ $ИФА_{IgM+IgG}$ $РИФ_{абс/200)}$ для обследования лиц, бывших в половом и тесном бытовом контакте с пациентом с сифилисом при давности последнего контакта не более 2 месяцев.

3.3.2. Лабораторные исследования, проводимые в целях установления диагноза

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://yandex.ru/search/?text=3.+Красносельских+Т.В.%2C+Соколовский+Е.В.+Современные+стандарты+диагностики+сифилиса%3A+сравнение+российских+и+зарубежных+клинических+рекомендаций+(сообщение+I).+Вестник+дерматологии+и+венерологии%2C+2015%3B+2%3A+11-22&lr=10335&clid=2270455&win=475

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

5C	**Рекомендуется** для диагностики ранних форм заболевания (первичный и вторичный сифилис) с клиническими появлениями (эрозивно-язвенные элементы) использовать следующие исследования: – микроскопическое исследование специфических элементов на бледную трепонему (*Treponema pallidum*);

5C	**Рекомендуется** для подтверждения врожденного сифилиса использовать следующие прямые методы (ткань пуповины, плаценты, органы плода, отделяемое слизистой оболочки носа, содержимое пузырей, отделяемое с поверхности папул): – микроскопическое исследование специфических элементов на бледную трепонему (*Treponema pallidum*); – прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (иммуногистохимическое исследование);

1A	**Рекомендуется** для диагностики ранних манифестных форм приобретенной сифилитической инфекции использовать комбинацию нетрепонемного в количественном варианте постановки и одного из указанных трепонемных (РПГА, $ИФА_{IgM+IgG,}$ и иммунохроматографический методы) тестов.

Показания к применению нетрепонемных тестов: проведение скрининга; определение активности течения инфекции (определение титров антител); контроль эффективности терапии (определение

титров антител).

Показания к применению трепонемных тестов: подтверждение положительных результатов нетрепонемных тестов; подтверждение в случае расхождения результатов скринингового трепонемного теста и последующего нетрепонемного теста, а также скринингового и подтверждающего трепонемных тестов; проведение методами ИФА, РПГА скрининга отдельных категорий населения на сифилис (доноры, беременные, больные офтальмологических, психоневрологических, кардиологических стационаров, лица, инфицированные вирусом иммунодефицита человека.

Трепонемные тесты не могут быть использованы для контроля эффективности терапии, т.к. антитрепонемные антитела длительно циркулируют в организме пациента, перенесшего сифилитическую инфекцию; трепонемные тесты дают положительные результаты при невенерических трепонематозах и спирохетозах; трепонемные тесты могут давать ложноположительные реакции у пациентов с аутоиммунными заболеваниями, лепрой, онкологическими заболеваниями, эндокринной патологией и при соматических некоторых других заболеваниях.

1А	**Рекомендуется** для диагностики скрытых и поздних форм приобретенного сифилиса, дифференциальной диагностики скрытого сифилиса и ложноположительных результатов нетрепонемных и трепонемных тестов, при подозрении на поздний врожденный сифилис использовать комбинацию нетрепонемного теста в количественном варианте постановки и не менее двух из указанных трепонемных тестов (РПГА, $ИФА_{IgM+IgG,}$ $РИФ_{абс/200,}$ иммунохроматографии, ИБ) тестов .

2В	**Рекомендуется** для диагностики **нейросифилиса** исследование спинномозговой жидкости: цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости и исследование уровне белка в спинномозговой жидкости, а также иммунологические тесты для выявления антител к *T. pallidum*: РМП, $РИФ_{ц}$ (РИФ с цельным ликвором), РПГА, $ИФА_{IgM+IgG}$,ИБ [2-8].

Диагноз нейросифилиса с симптомами устанавливается на основании сочетания клинических проявлений с положительными результатами серологических тестов с цереброспинальной жидкости и изменением её состава (числа клеток и уровня белка), скрытого – на основании лабораторного выявления патологических изменений цереброспинальной жидкости.

Диагноз нейросифилиса считается подтвержденным при положительном результате РМП (RPR, и других аналогов) цереброспинальной жидкости независимо от наличия неврологической/психиатрической/офтальмологической/отологической симптоматики. Ввиду низкой чувствительности нетрепонемных тестов с ликвором их отрицательный результат не исключает диагноз нейросифилиса. Отрицательный результат трепонемных тестов цереброспинальной жидкости исключает диагноз нейросифилиса. По мнению некоторых экспертов, при постановке с цереброспинальной жидкости VDRL является более чувствительным тестом по сравнению с РМП. Поэтому для исследования ликвора рекомендуют использовать РМП или РПР.

При отрицательном результате РМП (РПР) цереброспинальной жидкости, независимо от наличия клинической симптоматики, диагноз нейросифилиса подтверждается сочетанием положительных результатов треполнемных тестов с повышенным содержанием белка (более 0,45 г/л) и/или плеоцитозом (более 5 клеток в 1 мкл ликвора, характерно превалирование лимфоцитов), которые не могут быть обусловлены другими заболеваниями.

Положительные результаты трепонемных тестов цереброспинальной жидкости при отсутствии

плеоцитоза и гиперпротеинархии не позволяют подтвердить диагноз нейросифилиса, так как антитела, определяемые в этих тестах, могут появиться в ликворе вследствие пассивного транспорта из сыворотки через гемато-энцефалический барьер или при попадании крови в цереброспинальную жидкость в результате травматичной спинномозговой пункции. Существует точка зрения, что низкие титры трепонемных тестов в цереброспинальной жидкости (титр РПГА ≤ 1:160) свидетельствуют против интратекального синтеза антител и, следовательно, нейросифилиса, а при титре РПГА в цереброспинальной жидкости > 1:320 внутриоболочечная продукция антител вероятна.

В связи с высоким риском вовлечения в патологический процесс нервной системы рекомендовано проводить исследование цереброспинальной жидкости ВИЧ-инфицированным пациентам с сифилисом в следующих случаях:

1. при наличии неврологической, офтальмологической, отологической симптоматики;
2. если титр РМП/RPR с сывороткой ≥ 1:32 (в этом случае риск возникновения нейросифилиса повышается в 6 раз);
3. если уровень CD4+ Т-лимфоцитов в крови ≤ 350 клеток/мкл (в этом случае риск развития нейросифилиса увеличивается в 3 раза);
4. если ВИЧ-инфицированный пациент не получает высокоактивную антиретровирусную терапию.

2C	**Рекомендуется** диагностировать сифилитическое поражение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата на основании клинических проявлений, данных инструментальных исследований (рентгенологических, ультразвуковых, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии) и лабораторных исследований (серологических, патоморфологических).

Критерии диагностики раннего висцерального сифилиса:

-наличие у пациента серологически доказанного сифилиса;

-наличие клинической симптоматики поражения соответствующего органа;

-обнаружение при патоморфологическом исследовании биоптата лимфогистиоплазмоцитарной воспалительной инфильтрации и бледных трепонем (методами иммуногистохимического исследования, серебрения) – доказательство специфической природы поражения;

-положительная динамика процесса на фоне специфической терапии (достигается не всегда).

Критерии диагностики позднего висцерального сифилиса:

-наличие у пациента серологически доказанного сифилиса;

-наличие клинической симптоматики поражения соответствующего органа;

-обнаружение при патоморфологическом исследовании биоптата гранулематозного воспаления – доказательство специфической природы поражения;

-положительная динамика процесса на фоне специфической терапии.

2C	**Рекомендуется** устанавливать диагноз **врожденного сифилиса** детям на основании анамнеза матери, клинических проявлений, данных рентгенологического исследования и результатов серологических реакций (РМП/RPR, ИФА, РПГА, РИФ, ИХА, ИХЛА, ИБ).

Мертворождением по причине врожденного сифилиса считается смерть плода, наступившая после 22 недели беременности или при массе тела более 500 граммов, при наличии нелеченного или неадекватно леченного сифилиса у матери.

Врожденный сифилис считается вероятным, если: мать новорожденного не получала лечения либо получила неадекватное лечение (после 32 недели беременности или антибактериальными препаратами резерва) во время беременности (независимо от наличия признаков заболевания у ребенка); при положительном результате трепонемных тестов у ребенка и наличии, по крайней мере, одного из следующих критериев: проявлений врожденного сифилиса при проведении физикального

обследования или рентгенографии длинных трубчатых костей; положительной РМП в ликворе, плеоцитоза или гиперпротеинархии (при отсутствии других причин); выявлении IgM методом ИФА или иммуноблоттинга.

При диагностике раннего врожденного сифилиса с симптомами следует иметь в виду, что остеохондрит I степени без других симптомов врожденного сифилиса не может служить признаком врожденного сифилиса, так как подобные изменения могут наблюдаться при других заболеваниях и даже у здоровых детей.

Установление диагноза раннего врожденного сифилиса необходимо проводить с учетом следующих основных критериев:

обнаружения у ребенка клинических проявлений заболевания;

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, РМП/ RPR и РПГА – в количественном варианте);

наличия патологических изменений цереброспинальной жидкости;

наличия рентгенологически установленных изменений длинных трубчатых костей;

выявления макроскопических и патоморфологических признаков изменения плаценты, пуповины, внутренних органов;

выявления у матери манифестного или скрытого сифилиса, подтвержденного результатами прямых и/или серологических методов диагностики.

Необходимо помнить, что у новорожденных уровень антител в сыворотке низок, и даже при явных клинических признаках раннего врожденного сифилиса некоторые серологические реакции могут быть отрицательными.

Серологические реакции могут оставаться отрицательными в течение 4–12 недель жизни новорожденного, если он заразился в поздние сроки внутриутробного развития. Вместе с тем, позитивные результаты серологических реакций могут быть следствием пассивного трансплацентарного транспорта материнских антител. Эти антитела в течение 3-6 месяцев после рождения исчезают, и серологические реакции постепенно негативируются.

Если титр РМП/ RPR с сывороткой новорожденного в 4 и более раза выше титра этих реакций с сывороткой матери или если в течение первых 3 месяцев жизни ребенка наблюдается минимум четырехкратное увеличение титра РМП/ RPR по сравнению с исходным, это считается индикатором врожденного сифилиса. Однако такая ситуация наблюдается лишь у 30% детей с ранним врожденным сифилисом, поэтому отсутствие у ребенка титра нетрепонемного теста, четырехкратно превышающего материнский, не исключает врожденного сифилиса. Специфические антитрепонемные IgM-антитела выявляют методами IgM-ИФА, IgM-РИФ-абс лишь у 75-80% новорожденных с клинически манифестным ранним врожденным сифилисом. Поэтому отрицательные результаты IgM-тестов также не исключают врожденного сифилиса.

Поздний врожденный сифилис может быть установлен с учетом: клинических проявлений заболевания (каждое из проявлений, входящих в триаду Гетчинсона, имеет диагностическое значение; вероятные признаки и дистрофии (стигмы дисморфогенеза) учитываются в сочетании с достоверными или в комплексе с данными серологического обследования, анамнезом. Выявление только одних дистрофий, без каких-либо других признаков сифилиса не позволяет подтвердить диагноз, так как дистрофии могут являться проявлением других хронических заболеваний и интоксикаций у родителей (алкоголизм, токсоплазмоз, эндокринные заболевания и др.) и детей (туберкулез, рахит и др.), а также у практически здоровых людей), положительных результатов серологических реакций: нетрепонемные тесты позитивны у 70-80% пациентов, трепонемные – у 92-100%, наличия у матери поздней формы сифилиса, анамнеза матери, в том числе акушерского, а также результатов обследования отца, других детей в данной семье.

3.3.3. Интерпретация результатов серологических исследований у ВИЧ-положительных пациентов

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://yandex.ru/search/?text=3.+Красносельских+Т.В.%2С+Соколовский+Е.В.+Современные+стандарты+диагностики+сифилиса%3А+сравнение+российских+и+зарубежных+клинических+рекомендаций+(сообщение+I).+Вестник+дерматологии+и+венерологии%2С+2015%3В+2%3А+11-22&lr=10335&clid=2270455&win=475

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://hiv.bmoc-spb.ru/jour/article/view/346/297

https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2019/1/1199728492019011064

5С	**Рекомендуется** интерпретировать результаты нетрепонемных и трепонемных серологических реакций у пациентов, инфицированных ВИЧ, в соответствии с теми же алгоритмами, что и у не инфицированных

При отрицательном результате тестирования на ВИЧ повторное обследование проводится через 6 месяцев.

При выявлении у пациента антител к ВИЧ он направляется для дальнейшего обследования, лечения и постоянного наблюдения в региональный Центр по профилактике и борьбе со СПИДом с соответствующими рекомендациями по лечению сифилиса.

У большинства ВИЧ-инфицированных пациентов сифилис протекает типично, однако в очень небольшом проценте случаев на фоне умеренного и особенно выраженного иммунодефицита (при отсутствии высокоактивной антиретровирусной терапии) заболевание быстро прогрессирует и отличается особой клинической картиной, описываемой термином «злокачественный сифилис». У ВИЧ-инфицированных пациентов с сифилисом вероятность возникновения специфических поражений нервной системы, органов зрения и слуха в 3-6 раз выше по сравнению с ВИЧ-негативными. Развиваясь на фоне ВИЧ-индуцированной иммуносупрессии, нейросифилис нередко отличается клиническим полиморфизмом, атипичностью клинических проявлений, быстрым прогрессированием.

Существующие серологические тесты с достаточной степенью надежности позволяют диагностировать сифилис у пациентов с ВИЧ-инфекцией и оценить эффективность терапии. Хотя известны случаи ложноотрицательных серологических реакций и отсроченной позитивации серологических тестов на фоне ВИЧ-инфекции, такие случаи редки (3-11% – для нетрепонемных тестов и 0,7% – для трепонемных). Гораздо чаще у ВИЧ-инфицированных пациентов с сифилисом, напротив, наблюдаются резкоположительные нетрепонемные и трепонемные тесты с высокими титрами антител. Средний титр антител в нетрепонемных тестов у ВИЧ-позитивных пациентов значимо выше, чем у в ВИЧ-негативных. Установлено, что у ВИЧ-инфицированных титры нетрепонемные тесты не коррелируют с продолжительностью заболевания и его тяжестью, а также уровнем CD4+ Т-лимфоцитов. У 1-6% ВИЧ-инфицированных наблюдаются ложноположительные результаты нетрепонемных тестов. Однако в целом результаты серологического обследования практически не зависят от ВИЧ-статуса пациентов и интерпретировать результаты серологических реакций у ВИЧ-инфицированных следует в соответствии с теми же алгоритмами, что и у не инфицированных.

3.3.4. Ложноположительные результаты лабораторных исследований

Ложноположительными, или неспецифическими, реакциями на сифилис называют положительные результаты серологических реакций на сифилис у лиц, не страдающих сифилитической инфекцией,

и не болевших сифилисом в прошлом. Они могут быть обусловлены техническими погрешностями при выполнении исследований и особенностями организма. Условно их разделяют на острые (<6 месяцев) и хронические (>6 месяцев).
Ложноположительные реакции 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, при аутоиммунных заболеваниях, системных болезнях соединительной ткани, онкологических заболеваниях, хронической патологии печени и желчевыводящих путей, при сердечно-сосудистой и эндокринной патологии, при заболеваниях крови, при хронических заболеваниях легких, при инъекционном применении наркотиков, в старческом возрасте и др.
Ложноположительные реакции трепонемных и нетрепонемных тестов могут наблюдаться при эндемических трепонематозах (фрамбезия, пинта, беджель), боррелиозе, лептоспирозе. Пациента с положительными серологическими реакциями на сифилис, прибывшего из страны с эндемическими трепонематозами, необходимо обследовать на сифилис и назначить противосифилитическое лечение, если оно ранее не проводилось.
Хронические ложноположительные реакции могут являться преклиническими проявлениями тяжелых заболеваний.
Количество ложноположительных реакций увеличивается с возрастом. В возрастной группе 80-летних лиц их распространенность составляет 10%.
Ложноотрицательные серологические реакции на сифилис могут наблюдаться при вторичном сифилисе вследствие феномена прозоны при тестировании неразведенной сыворотки, а также при обследовании лиц с иммунодефицитным состоянием, например, ВИЧ-инфицированных пациентов.

3.3.5 Иные лабораторные исследования

3B	**Рекомендуется всем** пациентам со всеми формами сифилиса, кроме первичного, выполнение анализа крови биохимического общетерапевтического с оценкой показателей, характеризующих функцию печени (общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза) в целях выявления сопутствующей патологии печени, которая может повлиять на ход лечения.

1B	**Рекомендуется** всем пациентам с сифилисом определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 1/HIV2) в крови; определение антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование; и определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови для исключения сопутствующей вирусной инфекции с половым путем передачи.

[https://diseases.medelement.com/disease/]

3.3.6. Инструментальные диагностические исследования

5C	**Рекомендуется** всем пациентам при диагностике нейросифилиса в целях оценки объема поражения и топической диагностики в зависимости от клинической формы и объема поражения выполнение пациенту магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии головного мозга и электроэнцефалографии.

Результаты неинвазивных нейровизуализационных исследований при нейросифилисе неспецифичны.

5С	**Рекомендуется** пациентам с подозрением на кардиоваскулярный сифилис проведение эхокардиографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, электрокардиографии, рентгенографии, коронарографии, аортографии, ультразвуковой допплерографии крупных сосудов и других методов обследования.

Предположительный диагноз позднего кардиоваскулярного сифилиса может быть поставлен по данным эхокардиографии. Важными эхокардиографическими признаками являются:
– расширение аорты, особенно в ее восходящей части (ориентировочно – диаметр более 4 см);
– уплотнение стенки аорты, кальциноз в области ее основания и стенки;
– утолщение и уплотнение аортального клапана, деформация и кальциноз его створок, аортальная регургитация, начиная с I степени (в норме аортальная регургитация отсутствует) и вплоть до III-IV степени, что свидетельствует о выраженной аортальной недостаточности;
– в ряде случаев – снижение фракции выброса ЛЖ.
У пациентов, перенесших инфаркт миокарда, отмечается снижение локальной сократимости миокарда соответствующей локализации. Может отмечаться стеноз устьев и проксимальной части коронарных артерий, более детальное представление о степени сужения дает коронарография. В диагностике аневризм аорты необходимо использование рентгенографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии. Могут наблюдаться аневризмы крупных сосудов – ветвей аорты, в выявлении которых основное значение имеет ультразвуковая допплерография брахиоцефальных сосудов.
В случае выявления признаков кардиоваскулярного сифилиса по результатам Эхо-КГ пациенту проводится необходимая оценка сердечно-сосудистой системы с использованием соответствующих диагностических исследований.

3.3.7. Иные диагностические исследования

5С	**Рекомендуется** в целях выявления нейросифилиса выполнить спинномозговую пункцию ВИЧ-отрицательному пациенту в следующих случаях: – при наличии неврологической, офтальмологической, отологической симптоматики и психиатрических расстройств у пациентов с сифилисом (независимо от стадии заболевания); – при скрытых и поздних формах сифилиса; – при злокачественном течении раннего сифилиса (даже при отсутствии неврологической симптоматики); – при вторичном сифилисе с проявлениями в виде лейкодермы, алопеции (особенно при их сочетании); – при наличии ранних и поздних специфических поражений внутренних органов; – при подозрении на врожденный сифилис; – при отсутствии негативации нетрепонемных тестов после проведения специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса; – при увеличении степени позитивности или титра серологических тестов у пациента в процессе клинико-серологического контроля (наблюдения) после лечения поздних и неуточненных форм сифилиса – при снятии с учета пациентов с нейросифилисом и серологической резистентностью.

5С	В связи с высоким риском вовлечения в патологический процесс нервной системы рекомендуется выполнить спинномозговую пункцию с последующим исследованием спинномозговой жидкости ВИЧ-инфицированным пациентам с сифилисом в следующих случаях: – при наличии неврологической, офтальмологической, отологической симптоматики; – в случае, если титр РМП/ RPR с сывороткой ≥ 1:32 (в этом случае риск возникновения нейросифилиса повышается в 6 раз); – в случае, если уровень CD4+ Т-лимфоцитов в крови ≤ 350 клеток/мкл (в этом случае риск развития нейросифилиса увеличивается в 3 раза); – если ВИЧ-инфицированный пациент не получает высокоактивную антиретровирусную терапию.

5С	**Рекомендуются** всем пациентам в целях оценки степени распространенности патологического процесса консультации профильных врачей-специалистов: врача-офтальмолога, врача-невролога, врача-терапевта – всем пациентам с приобретенным сифилисом; врача-офтальмолога, врача-невролога, врача-оториноларинголога – детям с подозрением на врожденный сифилис; при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата консультации врачей-специалистов в соответствии с жалобами и/или патологическими изменениями при инструментальном обследовании.

4. Лабораторные исследования:

Общий анализ крови:
Общий анализ мочи:
Биохимический анализ крови:
[https://diseases.medelement.com/disease/]

Специфическая лабораторная диагностика:
□□ определение антител к бледной *трепонеме (Treponema pallidum) в* нетрепонемных тестах (RPR,РМП) качественное и количественное исследование) в сыворотке крови; и трепонемные тесты (ИФА, РПГА, РИФ, ИХА, ИХЛА, ИБ)
Серологический метод диагностики сопутствующих инфекций (гепатиты, ВИЧ):
□□антигена (HbsAg) вируса гепатита В(Hepatitis B virus) в крови; определение антител классов IgM,IgG к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ
□□определение антигена вируса гепатита С в крови.
□ При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется повторное серологическое исследование на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С - через 3-6-9 месяцев. При неизвестном или ранее отрицательном ВИЧ- статусе при постановке диагноза и через 6 месяцев рекомендуется тестирование на ВИЧ.
□ УЗИ органов брюшной полости и малого таза;
[https://diseases.medelement.com/disease/]

Инструментальные исследования:

УЗИ органов брюшной полости: при эндометрите, сальпингоофорите, перитоните, увеличении лимфатических узлов и др.;
ЭКГ, ЭхоКГ, РЭГ, ЭЭГ
ИФА: определение антител к ВИЧ.
[https://diseases.medelement.com/disease/]

Дифференциальный диагноз:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/

Диагноз	Нозологии проводимые диф. диагностики
Первичный сифилис	Дифференциальная диагностика первичного сифилиса на основании клинических проявлений проводится с эрозивным баланопоститом, генитальным герпесом, гонорейными и трихомонадными язвами половых органов, шанкриформной пиодермией, раком кожи, мягким шанкром, венерическим лимфогранулематозом, донованозом, острой язвой вульвы Чапина-Липшютца, молниеносной гангреной половых органов, тромбофлебитами и флеболимфангитами половых органов, чесоточной эктимой. Иногда твёрдый шанкр приходится дифференцировать с эрозивными сифилитическими папулами
Вторичный сифилис	Пятнистые сифилиды - с высыпаниями при острых инфекциях (краснуха, корь, брюшной и сыпной тиф), токсикодермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц; папулёзные сифилиды - с каплевидным парапсориазом, красным плоским лишаем и псориазом; при локализации папул на ладонях и подошвах – с псориазом, экземой, микозами стоп; эрозивные папулы гениталий - с банальными фолликулитами, контагиозным моллюском, у женщин – с ложносифилитическими папулами; широкие кондиломы - с остроконечными кондиломами, вегетирующей пузырчаткой, геморроидальными узлами; пустулезные сифилиды: угревидный - с вульгарными (юношескими) угрями, папулонекротическим туберкулёзом кожи, узелковым аллергическим васкулитом, йодистыми или бромистыми угрями, масляными профессиональными фолликулитами; оспенновидный - с ветряной оспой; импетигоподобный – с вульгарным импетиго; сифилитическую эктиму – с эктимой вульгарной; сифилитические рупии – с рупиоидным псориазом; везикулезный сифилид – с герпетическими высыпаниями; поражение слизистых оболочек - с лакунарной ангиной, дифтерией зева, ангиной Плаута-Венсана, красным плоским лишаем, лейкоплакией, красной волчанкой, кандидозом, многоформной экссудативной эритемой, буллёзным пемфигоидом, герпесом, истинной пузырчаткой, афтозным стоматитом, эксфолиативным глосситом; сифилитическую лейкодерму - с отрубевидным

	лишаем, лейкодермой после разрешения других дерматозов (псориаз, парапсориаз и т.д.), витилиго; сифилитическую алопецию - с диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопелада Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой, иногда с красным плоским лишаем
Третичный сифилис	Бугорковый сифилид - с туберкулёзной волчанкой, туберкулоидным типом лепры, красными угрями, кольцевидной гранулёмой, базалиомой, саркоидозом Бенье – Бека – Шауманна, эктимой вульгарной, варикозными язвами голеней, кожным лейшманиозом, липоидным некробиозом, васкулитом узелковым некротическим, хронической язвенной пиодермией, псориазом; гуммы - со скрофулодермой, индуративным туберкулёзом кожи, эктимой вульгарной, хронической язвенной пиодермиией, спиноцеллюлярным раком, сифилитической эктимой, изъязвившейся базалиомой, лепроматозными узлами, варикозными язвами, узловатой эритемой, васкулитом узловатым аллергическим, панникулитом узловатым лихорадочным Вебера – Крисчена, лейшманиозом кожи, туберкулезными поражениями и новообразованиями; третичную розеолу - с различными эритемами (стойкой фигурной эритемой Венде, хронической мигрирующей эритемой Афцелиуса – Липшютца, центробежной кольцевидной эритемой Дарье), а также с пятнистыми высыпаниями при лепре
Нейросифилис.	С менингитами другой этиологии, невриты зрительного и слухового нервов – с невритами несифилитического происхождения, симптоматику церебрального варианта менинго-васкулярного нейросифилиса – с гипертоническим кризом, ОНМК (острым нарушением мозгового кровообращения) атеросклеротического или иного генеза, спинальные поражения - с опухолью спинного мозга, тромбозами сосудов спинного мозга, спинальной формой рассеянного склероза; психические нарушения при проогрессивном параличе - с неврастенией, маниакально-депрессивным психозом, шизофренией, атеросклерозом, старческим и алкогольным психозом, опухолью мозга (особенно лобных долей); неврологические расстройства при спинной сухотке - с последствиями травм головного и спинного мозга, острых инфекционных заболеваний с поражением нервной системы (брюшной тиф, грипп), длительной хронической интоксикации (мышьяк, алкоголь); первичную табетическую атрофию зрительных

	нервов - с атрофиями зрительных нервов другой этиологии, чаще туберкулезной; гуммы - с новообразованиями головного и спинного мозга.
Сифилис внутренних органов и опорно-двигательного аппарата	сенсибилизация к стрептококку и стафилококку. Эритематозные очаги с четкими границами, с насыщенными красного цвета .

5. Лечение. Общие подходы к лечению больных сифилисом

Общие положения

Показанием к проведению лечения является обнаружение Tr. pallidum при микроскопическом исследованиях и/или положительных серологических результатах у пациента либо у его полового партнера.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Антибактериальное лечение больному сифилитической инфекцией назначается после установления диагноза, в ряде случаев – по эпидемиологическим показаниям до получения результатов лабораторных исследований с дальнейшим подтверждением диагноза одним из методов.

При осложненном течении заболеваний дополнительно рекомендуется назначение патогенетической и физиотерапевтической терапии.

Лечение беременных, больных сифилитической инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров - гинекологов.

Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных сифилисом, проводится при участии неонатологов.

Рекомендуется проводить **профилактическое** лечение даже при отсутствии у них сифилитической инфекции.

Лечение сифилитической инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами лечения взрослых.

Врач должен рекомендовать пациенту в период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности

5.1. Медикаментозное лечение:

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

Таблица-1

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

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного	Способ применения	Уровень доказательности

	средства		
Первичный сифилис			
Антибактериальные препараты	Бензатина бензилпенициллин (дюрантный);	по 2,4 млн. ЕД в/м каждые 7 дней, на курс 3 инъекций;	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль);	по 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) в/м, в течение 14 суток;	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль)	по 600.000 ЕД в/м 2 раза в сутки, 14 дней	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин или оксациллин	по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в/м в течение 20 суток.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	по 1.0, 1 раз в сутки в/м в течение 10 суток	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 20 суток;	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	по 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 20 суток;	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Вторичный сифилис			
Антибактериальные препараты	Бензатина бензилпенициллин (дюрантный);	по 2,4 млн. ЕД в/м каждые 7 дней, на курс 6 инъекций;	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль);	по 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) в/м, в течение 28 суток;	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль)	по 600.000 ЕД в/м 2 раза в сутки, 28 дней;	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин или оксациллин	по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в/м в течение 28	**C** https://diseases.medelement.com/disease/

		суток;	
	Цефтриаксон	по 1.0, 1 раз в сутки в/м в течение 10 суток;	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток;	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	по 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток;	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Ранний скрытый сифилис			
Антибактериальные препараты	Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль);	по 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) в/м, в течение 28 суток.	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль)	по 600.000 ЕД в/м 2 раза в сутки, 28 дней	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин или оксациллин	по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в/м в течение 28 суток.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	по 1.0, 1 раз в сутки в/м в течение 20 суток	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	по 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Третичный сифилис, поздний скрытый сифилис, скрытый неуточненный сифилис			
Антибактериальные препараты	Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль);	по 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) в/м, в течение 28 суток, через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллином в аналогичных дозах в течение 14	**A** https://diseases.medelement.com/disease/

		суток.	
	Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль)	по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки в/м в течение 28 суток, через 2 недели – второй курс лечения в аналогичной дозе в течение 14 суток	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин или оксациллин	по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в/м в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	по 1,0 г 1 раз в сутки в/м в течение 20 суток и через 2 недели второй курс препарата в аналогичной дозе в течение 10 суток	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	по 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Ранний висцеральный сифилис			
Антибактериальные	Бензилпенициллл	по 1 млн. ЕД	**A**

препараты	ин (бензилпенициллина натриевая соль);	каждые 4 часа (6 раз в сутки) в/м, в течение 28 суток	**https://diseases.medelement.com/disease/**
	Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль)	по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки в/м в течение 28 суток	**B** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Ампициллин или оксациллин	по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в/м в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней.	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Цефтриаксон	по 1,0 г 1 раз в сутки в/м в течение 20 суток и через 2 недели второй курс препарата в аналогичной дозе в течение 10 суток	**A** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Доксициклин	по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Эритромицин	по 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**
Поздний висцеральный сифилис; кардиоваскулярный сифилис			
Антибактериальные препараты	Бензилпенициллин	по 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6	**A** **https://diseases.medelement.com/d**

	(бензилпенициллина натриевая соль);	раз в сутки) в/м, в течение 28 суток, через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллином в аналогичных дозах в течение 14 суток.	**isease/**
	Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль)	по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки в/м в течение 28 суток, через 2 недели – второй курс лечения в аналогичной дозе в течение 14 суток	**B** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Ампициллин или оксациллин	по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в/м в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней.	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Цефтриаксон	по 1,0 г 1 раз в сутки в/м в течение 20 суток и через 2 недели второй курс препарата в аналогичной дозе в течение 10 суток	**B** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Доксициклин	по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Эритромицин	по 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**

		суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней	
Ранний нейросифилис			
Антибактериальные препараты	Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль);	по 12 млн. ЕД 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 20 суток. **или** по 4 млн. ЕД 6 раз в сутки в/в струйно в течение 20 суток.	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин или оксациллин	по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в/м в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	по 2,0 г 1 раз в сутки в/в в течение 20 суток, в тяжелых случаях (сифилитический менингоэнцефалит, острый генерализованный менингит) возможно увеличение суточной дозы препарата до 4 г.	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14	**C** https://diseases.medelement.com/disease/

		дней	
	Эритромицин	по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Поздний нейросифилис			
Антибактериальные препараты	Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль);	по 12 млн. ЕД 2 раза в сутки в/в капельно в течение 20 суток. Через 2 недели проводят второй курс лечения по аналогичной схеме. **или** по 4 млн ЕД 6 раз в сутки внутривенно струйно в течение 20 суток. Через 2 недели проводят второй курс лечения по аналогичной схеме.	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин или оксациллин	по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в/м в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	по 2,0 г 1 раз в сутки в/в в течение 20 суток, в тяжелых случаях (сифилитический менингоэнцефалит, острый генерализованный менингит)	**B** https://diseases.medelement.com/disease/

		возможно увеличение суточной дозы препарата до 4 г. Проводят два курса лечения по одинаковой схеме с интервалом между курсами 2 недели.	
	Доксициклин	по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	по 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Ранний врожденный сифилис			
Антибактериальные препараты	Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль);	дети в возрасте до 1 месяца – 100 тыс. ЕД/кг в сутки, разделенные на 4 инъекции (каждые 6 часов), в/м 28 суток; дети в возрасте от 1 до 6 месяцев – 100 тыс. ЕД/кг в сутки, разделенные на 6 инъекций (каждые 4 часа), в/м 28 суток; дети в возрасте от 6 до 12 месяцев – 75 тыс. ЕД/кг в сутки разделенные на 6	**A** https://diseases.medelement.com/disease/

		инъекций (каждые 4 часа) в/м 28 суток; дети в возрасте старше 1 года – 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки разделенные на 6 инъекций (каждые 4 часа) в/м, 28 суток	
	Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль)	по 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 2 инъекции (каждые 12 часов) в/м в течение 28 суток	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	по 50 мг на кг массы тела в сутки в 2 введения, детям от двух месяцев до 2 лет – в дозе 80 мг на кг массы тела в сутки в 2 введения. Продолжительность лечения – 28 суток	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
Поздний врожденный сифилис			
Антибактериальные препараты	Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль);	по 50 тыс. ЕД/кг в сутки, разделенные на 6 инъекций (каждые 4 часа) в/м 28 суток; через 2 недели – второй курс лечения в аналогичной дозе в течение 14 суток.	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль)	по 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 2 инъекции (каждые 12 часов) в/м в течение 28 суток; через 2	**B** https://diseases.medelement.com/disease/

		недели – второй курс лечения) в аналогичной дозе в течение 14 суток	
	Цефтриаксон	детям в возрасте от 2 до 12 лет назначают в дозе 80 мг на кг массы тела в сутки в два введения, детям в возрасте старше 12 лет – в дозе 1-2 г в сутки. При манифестном или скрытом позднем врожденном сифилисе продолжительность первого курса лечения – 28 суток; через 2 недели проводят второй курс лечения цефтриаксоном в аналогичной дозе в течение 14 суток.	**B** https://diseases.medelement.com/disease/

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.
Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.
Применение наружных и системных антибактериальных средств, топических глюкокортикостероидов и комбинированных препаратов проводится строго по показаниям, с учётом клинической необходимости.
Выбор конкретного препарата определяется лечащим врачом.
Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Таблица-2

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

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственно	Способ применения	Уровень доказательности

	го средства		
Иммуномодуляторы	Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Тимопентин	внутримышечная инъекция разведение стерильной водой для инъекций 1 мл; • внутривенное капельное вливание растворение в 250 мл 0,9% инъекционного раствора натрия хлорида. Препарат применяют следуя рекомендациям. Профилактика и лечение иммунодефицитных состояний по 1-2 флакона 2 раза в день. Курс лечения 15-30 дней;	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
Витамины	Витамин В комплекс	по 2 мл в/м в сутки 10 дней	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цианокобаламин (Витамин B_{12})	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м	**A** https://diseases.medelement.com/disease/

		или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	
	Пиридоксин гидрохлорид (Витамин B_6)	в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Рибофлавина мононуклеотид (Витамин B_2)	Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес. В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Тиамина гидрохлорид (Витамин B1)	в/м (глубоко) Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы Взрослым назначают по 25–50 мг тиамина гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в	**A** https://diseases.medelement.com/disease/

		сутки. Курс лечения составляет 10–30 инъекций.	
	Аскорбиновая кислота (Витамин С)	внутрь, внутримышечно, внутривенно 250-1000 мг/сут	**A** **https://diseases.medelement.com/disease/**
Биостимуляторы	Экстракт Алоэ жидкий	по 1 мл в/м в сутки 10 дней	**A** **https://diseases.medelement.com/disease/**

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.
Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.
Применение наружных и системных антибактериальных средств, топических глюкокортикостероидов и комбинированных препаратов проводится строго по показаниям, с учётом клинической необходимости.
Выбор конкретного препарата определяется лечащим врачом.
Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «СИФИЛИС»

ТАШКЕНТ – 2025

Введение.

Сифилис (устар.: **лю́эс** от лат. *lues* — зараза) – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (Treponema pallidum), передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся полиорганным поражением и стадийным прогредиентным течением.

Сифилитическая инфекция относится к классическим венерическим болезням и является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Сифилис поражает все органы и системы, нет такого места в организме, куда не вникает возбудитель. Наиболее часто инфекция локализуется в очаге первичного заражения и постепенно лимфогенным путём распространяется в весь организм.

Источник инфекции – больной человек. Наиболее распространена среди уязвимых групп населения, таких как мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), работники секс-бизнеса, трансгендерные женщины. Инфицирование взрослых лиц происходит при любых формах половых контактов с больным сифилиса, детей – перинатальным путем и при половом контакте; в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при тесном бытовом контакте с больной сифилисом матерью нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми.

Показания для назначения терапии

Показанием к назначению терапии являются подтверждённые положительные серологические реакции на сифилитическую инфекцию.

Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с пациентами с ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев.

Беременные, болевшие сифилисом в прошлом, подлежат профилактическому лечению во время каждой беременности - **до снятия с учета.** Если все реакции (RPR/РМП) негативировались до наступления беременности, то профилактическое лечение не проводится.

После снятия с учета профилактическое лечение проводится при первой беременности только в отношении тех женщин, у которых сохраняется серорезистентность.

Женщины, получившие превентивное противосифилитическое лечение, профилактическому лечению в период беременности не подлежат.

Специфическое лечение проводят с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемоцидной концентрации антимикробного препарата в крови и тканях.

Основные принципы лечения больных сифилисом

Клиническое и лабораторное обследование больных с целью выявления сопутствующих заболеваний (гонорея, хламидиоз, трихомониаз и т. п.) и одномоментного их лечения.

Комплексное лечение, включающее следующие виды терапии:

– этиотропное (для уничтожения возбудителя);

– патогенетическое (для повышения сопротивляемости организма к инфекции);

– симптоматическое (для ликвидации патологических изменений в пораженной ткани);

– индивидуальное лечение с учетом пола, возраста больного, клинической формы, тяжести патологического процесса, наличия осложнений;

– соблюдение больными во время и после лечения определенного режима питания, исключающего прием алкоголя и острой пищи, воздержания от половых контактов и физических нагрузок;

– одновременное лечение половых партнеров.

Показания к стационарному лечению

Пациентов с давностью заболевания более 6 месяцев.
При необходимости лечения пациента в стационаре (при осложненном течении заболевания, у соматически отягощенных пациентов и др.).
Все поздные формы сифилиса.
Висцеральные.
Кардиоваскулярные
Нейросифилис
Беременнные с сифилисом и подлежащие превентивному и профилактическому лечению.
Новорождённые, родившиеся от матерей болеющих сифилисом
Врождённые сифилисом (все формы)
При выявлении у пациенты с сифилисом антител к ВИЧ он направляется для дальнейшего обследования, лечения и постоянного наблюдения в региональный Центр по профилактике и борьбе со СПИДом с соответствующими рекомендациями по лечению сифилиса.
Лечение ВИЧ-инфицированных пациентов с сифилисом проводят по тем же схемам, что и неинфицированных. Предпочтительным является использование натриевой соли бензилпенициллина и препаратов средней дюрантности. Однако разработка оптимальных методик антибиотикотерапии требует дальнейших исследований, основанных на принципах доказательной медицины. Эффективность альтернативных методик лечения, применяемых для лечения пациентов с непереносимостью пенициллина, изучена недостаточно. Ограниченные данные свидетельствуют об эффективности цефтриаксона, вводимого внутривенно в дозе 1-2 г/сут в течение 10-14 дней, при лечении нейросифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов с непереносимостью пенициллинов.
Нетрепонемные тесты у ВИЧ-позитивных пациентов часто остаются положительными в обычные сроки после проведения специфической противосифилитической терапии, а у многих пациентов остаются положительными пожизненно (формируется серологическая резистентность).
После окончания курса лечения ВИЧ-инфицированные пациенты с нейросифилисом нуждаются в клинико-серологическом наблюдении с исследованием цереброспинальной жидкости каждые 6 месяцев на протяжении 3 лет или до нормализации показателей ликвора. Нормализация состава цереброспинальной жидкости у ВИЧ-позитивных пациентов происходит медленнее.

4D	**Рекомендуется** лечение сопутствующих ИППП у пациентов с сифилисом проводить параллельно с лечением сифилиса.

Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с пациентами с ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев.

Беременные, болевшие сифилисом в прошлом, подлежат профилактическому лечению во время каждой беременности - **до снятия с учета.** Если все реакции (RPR, РМП) негативировались до наступления беременности, то профилактическое лечение не проводится.

После снятия с учета профилактическое лечение проводится при первой беременности только в отношении тех женщин, у которых сохраняется серорезистентность.
Женщины, получившие превентивное противосифилитическое лечение, профилактическому лечению в период беременности не подлежат.

Специфическое лечение проводят с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемоцидной концентрации антимикробного препарата в крови и тканях.

Для лечения сифилиса применяются следующие лекарственные препараты:

1. **Пенициллины**:
   - Бензатина бензилпенициллин (дюрантный);
   - Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль);
   - Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль);

- Ампициллин,
- Оксациллин.

2. **Тетрациклины**: Доксициклин.
3. **Макролиды**: Эритромицин.
4. **Цефалоспорины**: Цефтриаксон.

Препаратом первого выбора для лечения сифилиса является **бензилпенициллин**.

Противопоказания к назначению препаратов группы пенициллина:

- непереносимость бензилпенициллина, его пролонгированных препаратов и полусинтетических производных;
- пролонгированные препараты пенициллина следует назначать с осторожностью пациентам с тяжелой формой гипертонической болезни, перенесшим в прошлом инфаркт миокарда, при заболевании желез внутренней секреции, при острых желудочно-кишечных заболеваниях, активном туберкулезе, при заболеваниях кроветворной системы.

Превентивное лечение

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

5C	**Рекомендуется** для проведения превентивного лечения у взрослых применять: – Бензатина бензилпенициллин по 2,4 млн. ЕД внутримышечно однократно (препарат вводится по 1,2 млн. ЕД в каждую большую ягодичную мышцу). – Бензилпенициллина натриевая соль, 1,0 млн ЕД, в/м, через каждые 6 часов 4 раза в сутки в течение 7 дней.

3D	**Рекомендуется** при указании на непереносимость препаратов пенициллина у взрослых применять для превентивного лечения: – Цефтриаксон 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно ежедневно в течение 5 сутки. – Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 10 суток. – Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 10 суток. – Оксациллин или ампициллин 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов)

	внутримышечно в течение 10 суток.

Препаратом выбора является дюрантный пенициллин (бензатин бензилпенициллин) – однократное введение: неудач лечения не описано, также препарат обладает наибольшим удобством использования.

Лечение сифилиса у взрослых

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

5C	**Рекомендуется** для лечения первичного сифилиса у взрослых пациентов применять: – Бензатина бензилпенициллин по 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции. **Или** – Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 14 суток – Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 14 суток.

5C	**Рекомендуется** при указании на непереносимость препаратов пенициллина у взрослых применять для лечения первичного сифилиса – Цефтриаксон 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 10 суток; **или** – Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 20 суток; **или** – Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 20 суток; – **или** – Оксациллин или ампициллин 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 20 суток.

Препарат выбора –бензатин бензилпенициллин (дюрантный пенициллин), как наиболее удобный в применении. Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль); бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) при необходимости лечения пациента в стационаре (при осложненном течении заболевания, у соматически отягощенных пациентов и др.).
https://diseases.medelement.com/disease/сифилис-кр-рф-2019/16529

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4575351/

5С	**Рекомендуется** для лечения вторичного сифилиса у взрослых применять: – Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток. **или** – Бензилпенициллин** (бензилпенициллина новокаиновая соль) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 дней. **или** – Бензатина бензилпенициллин по 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций.

5С	**Рекомендуется** при указании на непереносимость препаратов пенициллина для лечения вторичного сифилиса у взрослых применять: – Цефтриаксон 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 20 суток **или** – Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток **или** – Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток **или** – Оксациллин **или** ампициллин 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 28 суток

У пациентов с давностью заболевания более 6 месяцев препаратами выбора является бензилпенициллин - бензилпенициллин натриевая соль.

5С	**Рекомендуется** для лечения раннего скрытого сифилиса у взрослых пациентов применять бензилпенициллин: – Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) по 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток. – Бензилпенициллин** (бензилпенициллна новокаиновая соль) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 дней

5С	**Рекомендуется** при указании на непереносимость препаратов пенициллина для лечения раннего скрытого сифилиса у взрослых применять: – Цефтриаксон 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 20 суток . – Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток **или** – Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток **или** – Оксациллин **или** ампициллин 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 28 суток.

5С	**Рекомендуется** для лечения третичного, скрытого позднего и скрытого неуточненного сифилиса у взрослых пациентов применять: - Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток, через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) в аналогичных дозах в течение 14 суток. - бензилпенициллин** (бензилпенициллина новокаиновая соль) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 суток, через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллина** новокаиновой солью в аналогичной дозе в течение 14 суток

5С	**Рекомендуется** при указании на непереносимость препаратов пенициллина для лечения третичного, скрытого позднего и скрытого неуточненного сифилиса у взрослых применять: Цефтриаксон 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 20 суток и через 2 недели второй курс препарата в аналогичной дозе в течение 10 суток **или** Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней **или** Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней **или**

	Оксациллин или ампициллин 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней.

Лечение пациентов с поздними формами сифилиса пероральными антибиотиками резерва менее эффективно по сравнению с лечением парентерально вводимыми препаратами и часто заканчивается развитием серологической резистентности. Таблетированные препараты допустимо назначать лишь при непереносимости всех антибиотиков, вводимых парентерально.
https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

5C	**Рекомендуется** для лечения раннего висцерального сифилиса у взрослых пациентов применять: – Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток. – Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 суток.

5C	**Рекомендуется** для лечения позднего висцерального (в том числе кардиоваскулярным) сифилиса у взрослых пациентов применять: — Бензилпенициллин (бензилпенициллин натриевая соль) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 дней, через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллина в аналогичной дозе в течение 14 суток. **или** — Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 дней, через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллина в аналогичной дозе в течение 14 суток.

4С	**Рекомендуется** при указании на непереносимость препаратов пенициллина для лечения раннего и позднего висцерального сифилиса у взрослых применять: — Цефтриаксон 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 20 суток и через 2 недели второй курс препарата в аналогичной дозе в течение 10 суток **или** — Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней **или** — Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней **или** — Оксациллин или ампициллин 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней.

Лечение пациентов с поздними формами сифилиса пероральными антибиотиками резерва менее эффективно по сравнению с лечением парентерально вводимыми препаратами и часто заканчивается развитием серологической резистентности. Таблетированные препараты допустимо назначать лишь при непереносимости всех антибиотиков, вводимых парентерально.
Лечение пациентов с поздним кардиоваскулярным сифилисом начинают с 2-недельной подготовки антибактериальными препаратами широкого спектра действия: доксициклин по 0,1 г × 2 раза в день, тетрациклин или эритромицин** по 0,5 г × 4 раза в день.

Лечение нейросифилиса

При поражении органов зрения и слуха у пациентов сифилисом внутривенная антибиотикотерапия по схеме лечения нейросифилиса (раннего или позднего) должна быть начата сразу по установлении диагноза, независимо от результатов ликворологического обследования. Ликвор при поражении органов чувств может быть как патологическим (чаще), так и нормальным.

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2011/1/031997-28492011111

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27795370/

5С	**Рекомендуется** для лечения пациентов с ранним нейросифилисом применять: Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 12 млн. ЕД 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 20 суток. Разовую дозу препарата разводят в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно в течение 1,5-2 часов. Растворы используют сразу после приготовления. **или** Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 4 млн. ЕД 6 раз в сутки внутривенно струйно в течение 20 суток. Разовую дозу препарата разводят в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно медленно в течение 3-5 минут в локтевую вену.

5С	Рекомендуется при указании на непереносимость препаратов пенициллина для лечения раннего нейросифилиса у взрослых применять: Цефтриаксон 2,0 г 1 раз в сутки внутривенно в течение 20 суток, в тяжелых случаях (сифилитический менингоэнцефалит, острый генерализованный менингит) возможно увеличение суточной дозы препарата до 4 г. **или** Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней. **или** Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней **или** Оксациллин **или** ампициллин 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней.

Для предотвращения реакции обострения (в виде появления или усугубления неврологической симптоматики) в первые 3 дня пенициллинотерапии рекомендовано принимать преднизолон в снижающейся суточной дозе 90–60–30 мг (однократно утром).

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27795370/

https://yandex.ru/search/?text=29.+Myles+TD%2C+Elkam+G%2C+Park-Hwang%2C+et+al.+The+Jarisch-Herxheimer+reaction+and+fetal+monitoring+changes+in+pregnant+women+treated+for+syphilis.Obstet+Gynecol+1998%3B+92%3A+859-864.&clid=2270455&win=475&lr=10335&msp=1

Лечение пациентов с клинически манифестными формами нейросифилиса проводится в условиях неврологического/психиатрического стационара в связи с необходимостью активного участия врача-невролога или врача-психиатра в лечении и наблюдении пациента, тяжестью его состояния и вероятностью усугубления или появления неврологической симптоматики на фоне антибактериальной терапии. Специфическое лечение назначается дерматовенерологом.

Пациенты с нейросифилисом без симптомов могут получать в полном объеме медицинскую помощь в условиях дерматовенерологического стационара. Вопрос о подготовительной и симптоматической терапии решается совместно дерматовенерологом, невропатологом, психиатром и, при необходимости, окулистом.

5С	Рекомендуется для лечения позднего нейросифилиса у взрослых пациентов применять: Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 12 млн. ЕД 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 20 суток. Разовую дозу препарата разводят в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно в течение 1,5-2 часов. Растворы используют сразу после приготовления. Через 2 недели проводят второй курс лечения по аналогичной схеме. Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 4 млн ЕД 6 раз в сутки внутривенно струйно в течение 20 суток. Разовую дозу препарата разводят в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно медленно в течение 3-5 минут в локтевую вену. Через 2 недели проводят второй курс лечения по аналогичной схеме.

Параллельно с антибиотикотерапией пациент должен получать симптоматическое лечение и быть под наблюдением офтальмолога или оториноларинголога. Контрольные осмотры соответствующего специалиста проводятся в следующие сроки после лечения: 6 месяцев, 1 год и затем при решении вопроса о прекращении наблюдения.

5С	Рекомендуется при указании на непереносимость препаратов пенициллина для лечения позднего нейросифилиса у взрослых применять: Цефтриаксон 2,0 г 1 раз в сутки внутривенно в течение 20 суток, в тяжелых случаях (сифилитический менингоэнцефалит, острый генерализованный менингит) возможно увеличение суточной дозы препарата до 4 г. Проводят два курса лечения по одинаковой схеме с интервалом между курсами 2 недели. **или** Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней. **или** Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней **или**

	Оксациллин или ампициллин 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 28 суток, спустя 2 недели проводят второй курс лечения по той же схеме длительностью 14 дней.

Лечение пациентов с поздними формами сифилиса пероральными антибиотиками резерва менее эффективно по сравнению с лечением парентерально вводимыми препаратами и часто заканчивается развитием серологической резистентности. Таблетированные препараты допустимо назначать лишь при непереносимости всех антибиотиков, вводимых парентерально.

Лечение сифилиса у беременных

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

5C	**Рекомендуется** для лечения беременных проводить специфическое лечение вне зависимости от сроков гестации бензилпенициллином (бензилпенициллина натриевая соль или бензилпенициллина новокаиновая соль) так же, как лечение небеременных, по одной из предлагаемых в настоящих рекомендациях методик, в соответствии с установленным диагнозом.

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. Роль врача состоит в проведении своевременного адекватного лечения (должно быть начато до 32 недели беременности и проведено препаратами: бензилпенициллином (бензилпенициллина натриевая соль или бензилпенициллина новокаиновая соль), полусинтетическими пенициллинами или цефтриаксоном) и оказании психологической поддержки беременной.
https://vestnikdv.ru/jour/article/view/7

https://yandex.ru/search/?text=31.+Wendel+Jr.%2C+Sheffield+J.%2C+Hollier+L.%2C+Hill+J.%2C+Ramsey+P.%2C+Sánchez+P.+Treatment+of+Syphilis+in+Pregnancy+and+Prevention+of+Congenital+Syphilis.+Clin+Infect+Dis.+2002%3B+35%3A+200-209.&clid=2270455&win=475&lr=10335

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16041252/

Профилактическое лечение проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса:
а) беременным женщинам, лечившимся по поводу сифилиса до беременности, но у которых в нетрепонемных серологических тестах сохраняются положительные результаты.
б) беременным, которым специфическое лечение сифилиса проводилось во время беременности.

https://yandex.ru/search/?text=31.+Wendel+Jr.%2C+Sheffield+J.%2C+Hollier+L.%2C+Hill+J.%2C+Ramsey+P.%2C+Sánchez+P.+Treatment+of+Syphilis+in+Pregnancy+and+Prevention+of+Congenital+Syphilis.+Clin+Infect+Dis.+2002%3B+35%3A+200-209.&clid=2270455&win=475&lr=10335

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16041252/

- **Рекомендуется** профилактическое лечение беременным, начиная с 20 недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении – непосредственно вслед за ним. Препараты, разовые дозы и кратность введения соответствуют таковым при специфическом лечении в отсутствие беременности. Длительность профилактической терапии составляет 10 дней, а если имеются сведения о неполноценности проведенного специфического лечения, то профилактическое лечение должно продолжаться 20 дней (как дополнительное).

https://vestnikdv.ru/jour/article/view/7

https://yandex.ru/search/?text=31.+Wendel+Jr.%2C+Sheffield+J.%2C+Hollier+L.%2C+Hill+J.%2C+Ramsey+P.%2C+Sánchez+P.+Treatment+of+Syphilis+in+Pregnancy+and+Prevention+of+Congenital+Syphilis.+Clin+Infect+Dis.+2002%3B+35%3A+200-209.&clid=2270455&win=475&lr=10335

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16041252/

- **Рекомендуется** при установлении беременной диагноза «поздний сифилис или сифилис неуточненный, как ранний или поздний» второй курс специфического лечения, который, как правило, проводят в сроки 20 и более недель беременности, следует считать как профилактическое лечение. В случаях проведения специфического и профилактического лечения в полном объеме, родоразрешение может происходить в роддоме общего профиля на общих основаниях. Ребенок, родившийся без признаков врожденного сифилиса от женщины, получившей полноценную специфическую и профилактическую терапию, в лечении не нуждается.

https://vestnikdv.ru/jour/article/view/7

https://yandex.ru/search/?text=31.+Wendel+Jr.%2C+Sheffield+J.%2C+Hollier+L.%2C+Hill+J.%2C+Ramsey+P.%2C+Sánchez+P.+Treatment+of+Syphilis+in+Pregnancy+and+Prevention+of+Congenital+Syphilis.+Clin+Infect+Dis.+2002%3B+35%3A+200-209.&clid=2270455&win=475&lr=10335

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16041252/

5C	**Рекомендуется** для беременных с непереносимостью пенициллина (в том числе полусинтетического) и цефтриаксона, в связи с противопоказанием к препаратам тетрациклинового ряда, назначение эритромицина. Однако в связи с тем, что эритромицин не проникает через плаценту, ребенка после рождения необходимо пролечить пенициллином по схеме раннего врожденного сифилиса.

https://vestnikdv.ru/jour/article/view/7

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4700555/

https://diseases.medelement.com/disease/национальный-клинический-протокол-по-ведению-больных-с-ранними-формами-сифилиса-кп-узбекистан-2021/17527

Лечение пациентов с врожденным сифилисом

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

5С	**Рекомендуется** специфическое лечение детей, больных ранним врожденным сифилисом, проводить по одной из следующих схем в зависимости от возраста: бензилпенициллином (бензилпенициллина натриевая соль) детям в возрасте до 1 месяца – 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 4 инъекции (каждые 6 часов), внутримышечно; детям в возрасте от 1 до 6 месяцев – 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 6 инъекций (каждые 4 часа), внутримышечно; детям в возрасте от 6 до 12 месяцев – 75 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки внутримышечно; детям в возрасте старше 1 года – 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки внутримышечно Длительность назначения детям - в течение 28 суток – как при манифестном, так и при скрытом раннем врожденном сифилисе, в том числе при поражении центральной нервной системы, подтвержденном положительными серологическими реакциями ликвора. бензилпенициллином (бензилпенициллина новокаиновая соль) 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 2 инъекции (каждые 12 часов) внутримышечно в течение 28 суток как при манифестном, так и при скрытом раннем врожденном сифилисе.

При указании на наличие аллергических реакций на пенициллин используются препараты резерва:
– цефтриаксон детям первых двух месяцев жизни назначают в дозе 50 мг на кг массы тела в сутки в 2 введения, детям от двух месяцев до 2 лет – в дозе 80 мг на кг массы тела в сутки в 2 введения. Продолжительность лечения – 28 суток как при манифестном раннем врожденном сифилисе (в том числе с поражением ЦНС), так и при скрытом раннем врожденном сифилисе.
или
– ампициллин по 100 тыс. ЕД на кг массы тела 2 раза в сутки с 1 по 8 день жизни, 3 раза в сутки – с 9 по 30 день жизни, 4 раза в сутки – после 1 месяца жизни.
Продолжительность лечения – 28 суток как при манифестном раннем врожденном сифилисе (в том числе с поражением ЦНС), так и при скрытом раннем врожденном сифилисе.

5С	Рекомендуется для специфического лечения детей, больных поздним врожденным сифилисом применять: бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 50 тыс. ЕД на кг массы тела в

	сутки, разделенные на 6 инъекций (каждые 4 часа) внутримышечно в течение 28 суток; через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) в аналогичной дозе в течение 14 суток. или бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль) 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 2 инъекции (каждые 12 часов) внутримышечно в течение 28 суток; через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллина (бензилпенициллина новокаиновая соль) в аналогичной дозе в течение 14 суток.

5С	Рекомендуется при указании на наличие аллергических реакций на пенициллин у детей применять цефтриаксон**: — детям в возрасте от 2 до 12 лет назначают в дозе 80 мг на кг массы тела в сутки в два введения, — детям в возрасте старше 12 лет – в дозе 1-2 г в сутки.

При манифестном или скрытом позднем врожденном сифилисе продолжительность первого курса лечения – 28 суток; через 2 недели проводят второй курс лечения цефтриаксоном в аналогичной дозе в течение 14 суток.

Специфическое лечение приобретенного сифилиса у детей проводится по методике лечения взрослых в соответствии с диагнозом, исходя из возрастных доз антибактериальных препаратов с учетом того, что отечественные бициллины противопоказаны детям в возрасте до 2 лет, а тетрациклины – детям в возрасте 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 на кг массы тела в сутки, в возрасте старше 6 месяцев – из расчета 75 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки и в возрасте старше 1 года – из расчета 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки.

Суточную дозу новокаиновой соли пенициллина и разовую дозу дюрантных препаратов применяют из расчета 50 тыс. ЕД на 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.

Превентивное лечение показано всем детям до 3 лет. Для детей более старшего возраста вопрос о лечении решается индивидуально с учетом формы сифилиса у контактного взрослого, локализации высыпаний, степени контакта ребенка с больным.

Проводится по методике превентивного лечения взрослых, исходя из возрастных доз антибактериальных препаратов.

Профилактическое лечение проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной во время беременности матери (специфическое лечение начато после 32 недели беременности, с нарушением или изменением утвержденных схем лечения), а также новорожденным, мать которых, при наличии показаний, во время беременности не получила профилактического лечения. Препараты, разовые дозы и кратность введения соответствуют таковым при специфическом лечении. Длительность терапии новорожденных, мать которых при наличии показаний во время беременности не получила профилактического лечения или получила неадекватное лечение, составляет 14 суток, новорожденных, родившихся без проявлений сифилиса, от нелеченной матери – 28 суток.

4C	**Рекомендуется** при отсутствии эффекта от лечения исключить реинфекцию и назначить дополнительное лечение.

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

Диагностика реинфекции основывается на комплексе критериев, среди которых первые четыре являются обязательными:

1. факт первичного заболевания подтвержден медицинской документацией;
2. по поводу первичного заболевания проведено полноценное лечение, что подтверждается медицинской документацией;
3. в процессе первичного лечения произошло своевременное разрешение высыпаний (при их наличии);
4. в течение 12 месяцев после окончания лечения первичного заболевания произошло не менее, чем четырехкратное, снижение титров, снижение позитивности или негативация нетрепонемных тестов (РМП или ее аналогов);
5. при повторном появлении сифилитических высыпаний (если имеются) в их отделяемом обнаружена Treponema pallidum методом темнопольной микроскопии;
6. наблюдается повторные положительные показатели ранее отрицательных НТТ нетрепонемных тестов или не менее, чем четырехкратное, повышение их титра по сравнению с исходным;
7. выявлены антитрепонемные IgM-антитела методами IgM-ИФА или IgM-ИБ;
8. выявлен новый источник заражения, у которого доказано наличие ранней формы сифилиса.

5C	Рекомендуется дополнительное лечение пациентам при отсутствии эффекта от лечения, исключении реинфекции и при отсутствии специфической патологии нервной системы и внутренних органов. Дополнительное лечение проводится, как правило, однократно следующими препаратами: бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 12 млн. ЕД 2 раза в сутки

внутривенно капельно в течение 20 суток.

или

бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль) 1 млн. ЕД 6 раз в сутки (каждые 4 часа) внутримышечно в течение 28 суток.

или

цефтриаксон** 1,0 г 2 раза в сутки внутримышечно в течение 20 суток.

Дополнительное лечение назначается в следующих случаях:
если через год после полноценного лечения ранних форм сифилиса не произошло четырехкратного снижения титра РМП/ RPR;
если через 1,5 года после полноценного лечения ранних форм сифилиса нет тенденции к дальнейшему снижению титров/степени позитивности РМП/ RPR;
если через 2 года после полноценного лечения ранних форм сифилиса не произошло полной негативации РМП/ RPR;
если через 6 месяцев после полноценного лечения раннего врожденного сифилиса не произошло 4-х кратного снижения титра РМП/ RPR;
в случае клинического или серологического рецидива.

Перед дополнительным лечением показано проведение повторного обследования пациентов врачами-специалистами (дерматовенеролог, офтальмолог, невролог, терапевт, оториноларинголог), исследование ЦСЖ, даже при отсутствии клинической неврологической симптоматики, эхокардиография (Эхо-КГ) и электрокардиография (ЭКГ) и клинико-серологическое обследование полового партнера. 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.
Дополнительное лечение у детей проводится по методике лечения взрослых исходя из возрастных доз антибактериальных препаратов.
Показания для проведения дополнительного курса терапии после лечения нейросифилиса:
– прогрессирование или рецидив клинических проявлений;
– если плеоцитоз в ЦСЖ не снижается в течение 6 месяцев и не нормализуется полностью в течение 2 лет или, вернувшись к норме, вновь увеличивается;
– в течение 1 года не происходит снижения позитивности РМП/ RPR в цереброспинальной жидкости;
– в течение 2 лет не происходит существенного снижения содержания белка в цереброспинальной жидкости.
Дополнительное лечение в этом случае проводится по методикам лечения нейросифилиса.
Уровень белка в цереброспинальной жидкости изменяется медленнее, чем цитоз и серологические реакции, и иногда 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.

Побочные эффекты и осложнения терапии

Пациентов следует предупредить о возможной реакции организма на лечение. В медицинских организациях, где проводится терапия, должны быть средства для оказания неотложной помощи.
При наличии показаний в терапии могут применяться антимикотические препараты.

Хирургическое лечение

https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2013/3/031997-2849201336

https://www.mediasphera.ru/issues/kardiologiya-i-serdechno-sosudistaya-khirurgiya/2015/6/491996-63852015065

Хирургическое лечение сифилиса как лечение основного заболевания не предусмотрено, оно проводится для лечения осложнений позднего кардиоваскулярного сифилиса (аневризмы аорты, аортальной недостаточности) в соответствии с клиническими рекомендациями по данными заболеваниями, состояниям.

Иное лечение

- НИЛИ
- Озонотерапия
- По показаниям проводится процедура плазмафереза

Оценка результатов лечения

5С	**Рекомендуется** оценивать результаты лечения пациентов с сифилисом в соответствии с следующими требованиями к результатам лечения (серологический критерий эффективности терапии сифилиса): негативация неспецифических серологических реакций (нетрепонемных исследований) – или снижение титра антител в 4 и более раза (на 2 разведения сыворотки) в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса.

Показатели РИФ, ИФА, РПГА становятся после лечения отрицательными исключительно редко. Сохранение положительных РИФ, ИФА и РПГА при отрицательных нетрепонемных тестах у человека, перенесшего сифилис, не рассматривается как неудача терапии.

4С	**Рекомендуется** критериями эффективности лечения нейросифилиса считать: – нормализацию плеоцитоза в течение 6 месяцев после окончания терапии; – снижение или нормализацию уровня белка – в течение 2 лет после окончания лечения; – исчезновение из цереброспинальной жидкости антител, определяемых в нетрепонемных исследованиях, в течение 6-12 месяцев после окончания терапии. Иногда продукция указанных антител может продолжаться более года, тогда важно учитывать наличие снижения позитивности этих тестов; – отсутствие новых неврологических симптомов и нарастания имеющейся неврологической симптоматики.

5С	**Рекомендуется** критериями неэффективности лечения сифилиса считать: сохранение или повторное возникновение клинических проявлений (клинический рецидив), устойчивое повышение в 4 раза и более по сравнению с исходными значениями титра неспецифических серологических реакций (нетрепонемных исследований), повторная позитивация нетрепонемных тестов после периода временной негативации при отсутствии данных за реинфекцию (серологический рецидив), стойкое сохранение положительных нетрепонемных тестов без тенденции к снижению титров антител в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса (серологическая резистентность).

Если в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса постепенно снижается позитивность нетрепонемных тестов и/или титр антител (не менее чем в 4 раза), но полной негативации не наблюдается, констатируют замедленную негативацию нетрепонемных серологических реакций. Клинико-серологическое наблюдение за такими пациентами продлевают до 2 лет, после чего решают вопрос о целесообразности назначения дополнительного лечения.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «СИФИЛИС»

ТАШКЕНТ – 2025

1. Медицинская реабилитация

Не предусмотрена.

2. Профилактика и диспансерное наблюдение

2.1. Профилактика приобретенного сифилиса

Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайного незащищенного полового контакта может быть осуществлена самостоятельно с помощью индивидуальных профилактических средств (например, хлогексидин).

5С	**Рекомендуется** в целях профилактики сифилиса проводить санитарно-просветительскую работу среди населения; скрининговое обследование определенных групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования, либо тех групп, в которых заболевание ведет к опасным социальным и медицинским последствиям, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением.

5С	**Рекомендуется** следующее ведение контактных лиц с целью профилактики заражения сифилисом: – лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с пациентом с ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение по одной из вышеуказанных методик. – лицам, у которых с момента контакта с пациентом с ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико-серологическое обследование. – превентивное лечение реципиента, которому перелита кровь пациента с сифилисом, проводят по одной из методик, рекомендуемых для лечения первичного сифилиса, если с момента трансфузии прошло не более 3 месяцев; если этот срок составил от 3 до 6 месяцев, то реципиент подлежит клинико-серологическому контролю дважды с интервалом в 2 месяца; если после переливания крови прошло более 6 месяцев, то проводится однократное клинико-серологическое обследование.

2.2. Профилактика врожденного сифилиса

Профилактика врожденного сифилиса осуществляется антенатально и постнатально.
Антенатальная профилактика включает: работу со здоровыми людьми, предоставление информации о возможности внутриутробной передачи сифилиса и необходимости раннего начала дородового наблюдения; трехкратное серологическое обследование беременных (при обращении в женскую консультацию, на сроке 28–30 недель и за 2–3 недели до родов); при выявлении сифилиса – адекватное специфическое и профилактическое лечение.

Постнатальная профилактика врожденного сифилиса заключается в профилактическом лечении детей.

3. Клинико-серологический контроль (наблюдение)

5С	**Рекомендуется** взрослым и детям, получившим превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с лицами, больными ранними формами сифилиса, проводить однократное клинико-серологическое обследование через 3 месяца после окончания лечения.

5С	**Рекомендуется** проводить клинико-серологический контроль (наблюдение) после окончания специфического лечения осуществлять 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения и 1 раз в 6 месяцев в последующие годы с постановкой нетрепонемных тестов.

5С	**Рекомендуется** проводить клинико-серологический контроль (наблюдение) пациентов с ранними формами сифилиса, имевшим до лечения положительные результаты РМП/ RPR, до негативации серологических нетрепонемных тестов, а затем еще в течение 12 месяцев (в течение которых необходимо провести 2 серологических обследования).

В случае устойчивой негативации нетрепонемных тестов в течение 12 месяцев клинико-серологический контроль (наблюдение) пациента может быть прекращено.

5С	**Рекомендуется** пациентам с поздними формами сифилиса, у которых результаты нетрепонемных тестов после лечения (в том числе и дополнительного) нередко остаются положительными, находиться на КСК не менее 5 лет.

Решение о прекращении клинико-серологического контроля (наблюдения) этих пациентов по прошествии 5 лет или о проведении клинико-серологического контроля (наблюдения) свыше 5 лет принимается индивидуально после консультации врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-терапевта, исследования цереброспинальной жидкости, выполнения эхо-КГ, ЭКГ.

5С	**Рекомендуется** всем пациентам с нейросифилисом проведение клинико-серологического контроля (наблюдения) в течение 5 лет с обязательным исследованием спинномозговой жидкости 1 раз в 6-12 месяцев, которое делается с участием нейрохирурга.

При сохранении патологических изменений цереброспинальной жидкости (положительных нетрепонемных тестов) проводится дополнительное лечение. После дополнительного лечения вопрос о продлении срока наблюдения свыше 5 лет решается индивидуально с участием врача-невролога. Стойкая нормализация состава цереброспинальной жидкости (два нормальных результата анализа ликвора при исследовании с периодичностью 1 раз в год), даже при сохранении остаточных клинических проявлений, является показанием к завершению клинико-серологического контроля (наблюдения).

5С	**Рекомендуется** детям, родившимся от серопозитивных матерей, но не болевших врожденным сифилисом, вне зависимости от того, получали они профилактическое лечение или нет, наблюдение в течение 1 года.

Первое клинико-серологическое обследование проводится в возрасте 3 месяцев и включает осмотр педиатра, консультации невропатолога, окулиста, отоларинголога, комплексное серологическое обследование. Если результаты серологического обследования отрицательные и клинические симптомы заболевания отсутствуют, обследование повторяют перед снятием с учета в возрасте 1 года. В иных случаях обследование проводят в 6-, 9- и 12-месячном возрасте.
Детям, получавшим специфическое лечение, клинико-серологический контроль проводится в течение 3 лет.

3.1. Завершение клинико-серологического контроля (наблюдения)

По окончании срока наблюдения проводят полное клинико-серологическое обследование, включающее РМП (или аналоги), РПГА, ИФА или ИХЛА, при необходимости РИФ, ИБ и консультации врача-терапевта/врача-педиатра, врача-невролога, врача-офтальмолога.
Для завершения клинико-серологического контроля всем пациентам, получившим лечение по поводу нейросифилиса, висцерального сифилиса, поздних и неуточненных форм заболевания, проводят исследование цереброспинальной жидкости, Эхо-КГ, а также биохимический анализ крови, с определением уровня печеночных ферментов, билирубина, креатинина, липидного профиля и других тестов по показаниям.
К работе в детских учреждениях, 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.
У пациентов с положительными результатами нетрепонемных тестов проведении клинико-серологического контроля может быть закончено при соблюдении следующих условий:
1) проведено полноценное специфическое и дополнительное лечение;
2) клинико-серологическое наблюдение осуществлялось в течение 5 лет;
3) нормальные показатели цереброспинальной жидкости перед снятием с учета;
4) нет признаков кардиоваскулярного сифилиса при ультразвуковом исследовании сердца и аорты;
5) отсутствует специфическая клиническая патология по консультациям специалистов (врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-терапевта/врача-педиатра).
Вопрос о продлении срока наблюдения свыше 5 лет при сохранении положительных результатов нетрепонемных тестов решается индивидуально.

Список литературы

1. Национальные клинические протоколы по сифилису. Национальный̆ альянс дерматологов и косметологов // М. 2019. – 81 с.
2. Инфекции, передаваемые половым путем / Под ред. В.А. Аковбяна, В.И. Прохоренкова, Е.В. Соколовского // М., Медиасфера, 2007. – С. 324-337.
3. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Современные стандарты диагностики сифилиса: сравнение российских и зарубежных клинических рекомендаций (сообщение I). Вестник дерматологии и венерологии, 2015; 2: 11-22.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015; MMWR Recomm Rep 2015; 64 (No. RR-3): 1-138.
5. Janier M., Hegyi V., Dupin N. et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2014; 28 (12): 1581-1593.
6. Ballard R., Hook E.W. III. Syphilis. In: Unemo M., Ballard R., Ison C., Lewis D., Ndowa F., Peeling R., eds. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland, 2013: 107-129.
7. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Нейросифилис: нерешенные проблемы и невыученные уроки (часть I). Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии, 2011; 5 (18): 5-11.
8. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Нейросифилис: нерешенные проблемы и невыученные уроки (часть II). Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии, 2011; 6 (19): 7-11.
9. Дмитриев Г.А., Потекаев Н.Н., Негашева Е.С., Фриго Н.В. ITPA-индекс в клинико-лабораторной диагностике нейросифилиса. Клинич дерматол венерол, 2017; 6: 38-43.
10. Красносельских Т.В., Манашева Е.Б., Гезей М.А. Проблемы диагностики и лечения сифилиса при коинфекции вирусом иммунодефицита человека. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2018; 10 (2): 43-53.
11. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Нейросифилис на фоне ВИЧ-инфекции. Вестник дерматологии и венерологии, 2015; 2: 49-57.
12. Юлдашев К.А. Состояние спинномозговой жидкости у больных заразными формами сифилиса при однокурсовом методе. Дисс. канд. мед. наук. Москва. 1982.-142 с..
13. Лосева О.К., Чистякова Т.В., Лебедева Г.А., Кисель О.В. Выявление и диагностика кардиоваскулярного сифилиса в Москве. Клинич дерматол венерол, 2013; 3: 38-47.

14. Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н., Залевская О.В., Юдакова В.М., Кисель О.В., Шкляров А.М. Клиника, течение и исходы кардиоваскулярного сифилиса (по материалам Московского региона). Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия, 2015; 6: 22-25.

15. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Современные стандарты терапии сифилиса: сравнение российских и зарубежных клинических рекомендаций (сообщение II). Вестник дерматологии и венерологии, 2015; 2: 23-40.

16. Юлдашев К.А. Показатели здоровья у лиц перенесших сифилис. Дисс. доктора мед. наук. Ташкент. 1996. -298 с.

17. Ghanem K.G., Workowski K.A. Management of adult syphilis. Clin Infect Dis, 2011; 53 Suppl 3: S110-S128.

18. Лосева О.К. Современные проблемы лечения сифилитической инфекции. Эффективная фармакотерапия, 2011; 10: 42-45.

19. Корепанова М.В., Коробейникова Э.А., Крюкова О.И. Клиническая эффективность цефтриаксона в терапии ранних форм сифилиса. Клинич дерматол венерол, 2011; 1: 55-58.

20. Лосева О.К., Скопинцева Д.А., Николенко Ю.А. и др. Об эффективности доксициклина при лечении больных ранними формами сифилиса. Вестн дерматол венерол, 2004; 6: 57.

21. Бохонович Д.В., Залевская О.В., Лосева О.К. Анализ качества клинико-серологического контроля после лечения больных сифилисом. Клинич дерматол венерол, 2016; 2: 33-38.

22. Стандарты диагностики и лечения по дерматовенерологии и косметологии. / Под ред. У.Ю.Сабирова и соавт. //Ташкент, 2019. – 554 с..

23. Khamaysi Z. et al. Clinical and imaging findings in patients with neurosyphilis: a study of a cohort and review of the literature //International journal of dermatology. – 2014. – Т. 53. – №. 7. – С. 812-819.

24. Czarnowska-Cubała M. et al. MR findings in neurosyphilis—a literature review with a focus on a practical approach to neuroimaging //Psychiatr Danub. – 2013. – Т. 25. – №. Suppl 2. – С. S153-7.

25. Finley K. H., ROSE A. S., Solomon H. C. Electroencephalographic studies on neurosyphilis //Archives of Neurology & Psychiatry. – 1942. – Т. 47. – №. 5. – С. 718-736.

26. Akovbyan, VA , Kubanova, AA , Toporovsky, LM , Benzylpenicillin benzatine (Extencillin) in the treatment of syphilis: five-year experience (Russian language). Vestnik Dermatologii iVenerologii 1998;4:61–4.

27. Idsøe, O , Guthe, T , Willcox, RR . Penicillin in the treatment of syphilis. The experience of three decades. Bull WHO 1972;47:1–68.

28. Gudjonsson H, Skog E. The effect of prednisolone on the Jarisch-Herxheimer reaction. Acta Dermatol Venereol 1968;48:15-8

29. Myles TD, Elam G, Park-Hwang E, et al. The Jarisch-Herxheimer reaction and fetal monitoring changes in pregnant women treated for syphilis.Obstet Gynecol 1998; 92: 859–864.

30. . Кубанова А.А., Доля О.В. Опыт применения цефтриаксона (роцефин) при сифилисе у беременных и новорожденных, а также у детей с серорезистентностью. Вестн. дерматол. и венерол. 2001; 2: 70-75.

31. Wendel Jr., Sheffield J., Hollier L., Hill J., Ramsey P., Sánchez P. Treatment of Syphilis in Pregnancy and Prevention of Congenital Syphilis. Clin Infect Dis. 2002; 35: 200-209.

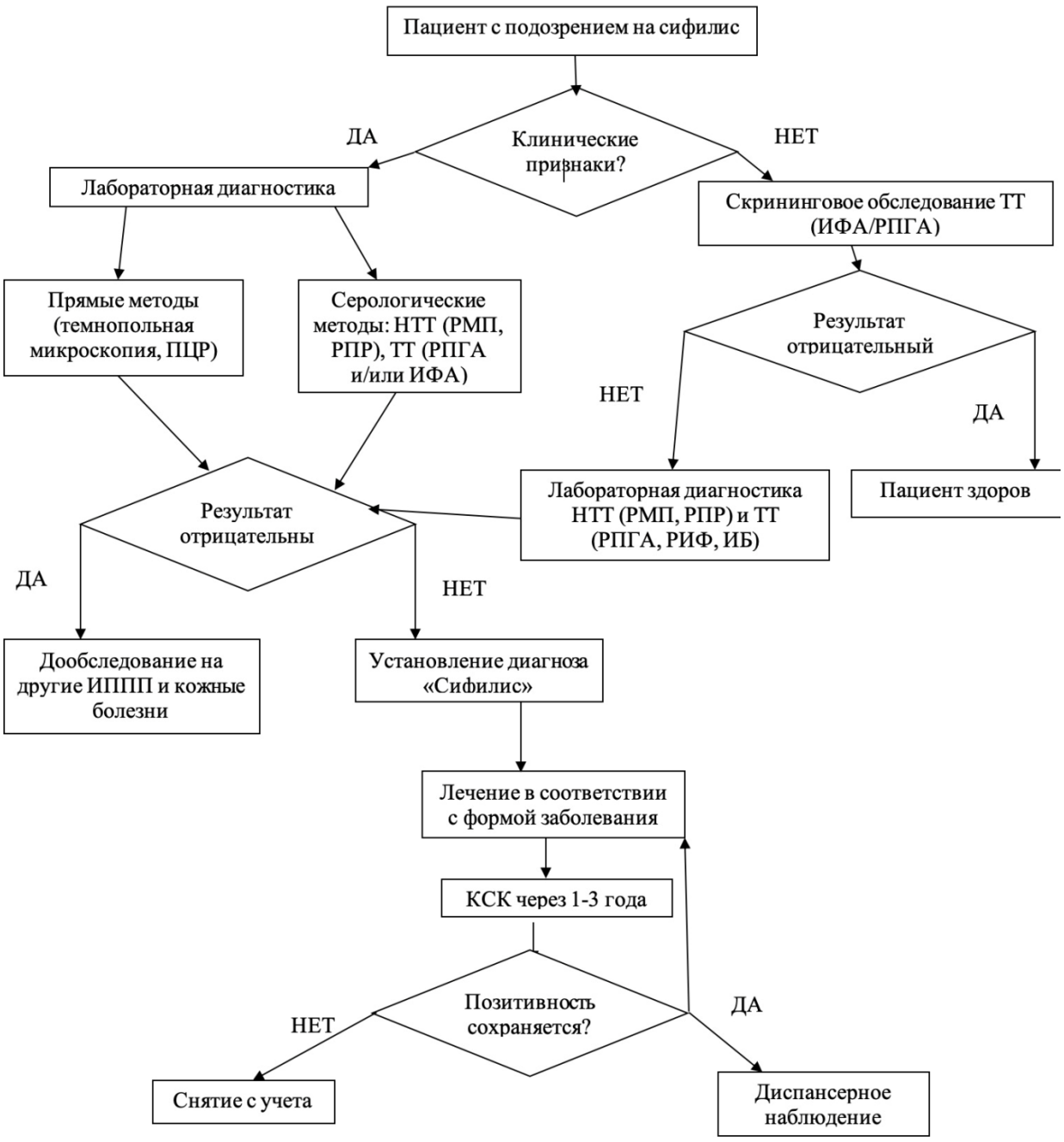
32. Zhou P., Gu Z., Xu J.,Wang X., Liao K. A study evaluating ceftriaxoneas a treatment agent for primary and secondary syphilis in pregnancy. Sexually Transmitted Diseases 2005; 32(8):495–8.

33. Philipson A, Sabath LD and Charles D. Transplacental passage of erythromycin and clindamycin. N Engl J Med 1973; 288: 1219–1221.

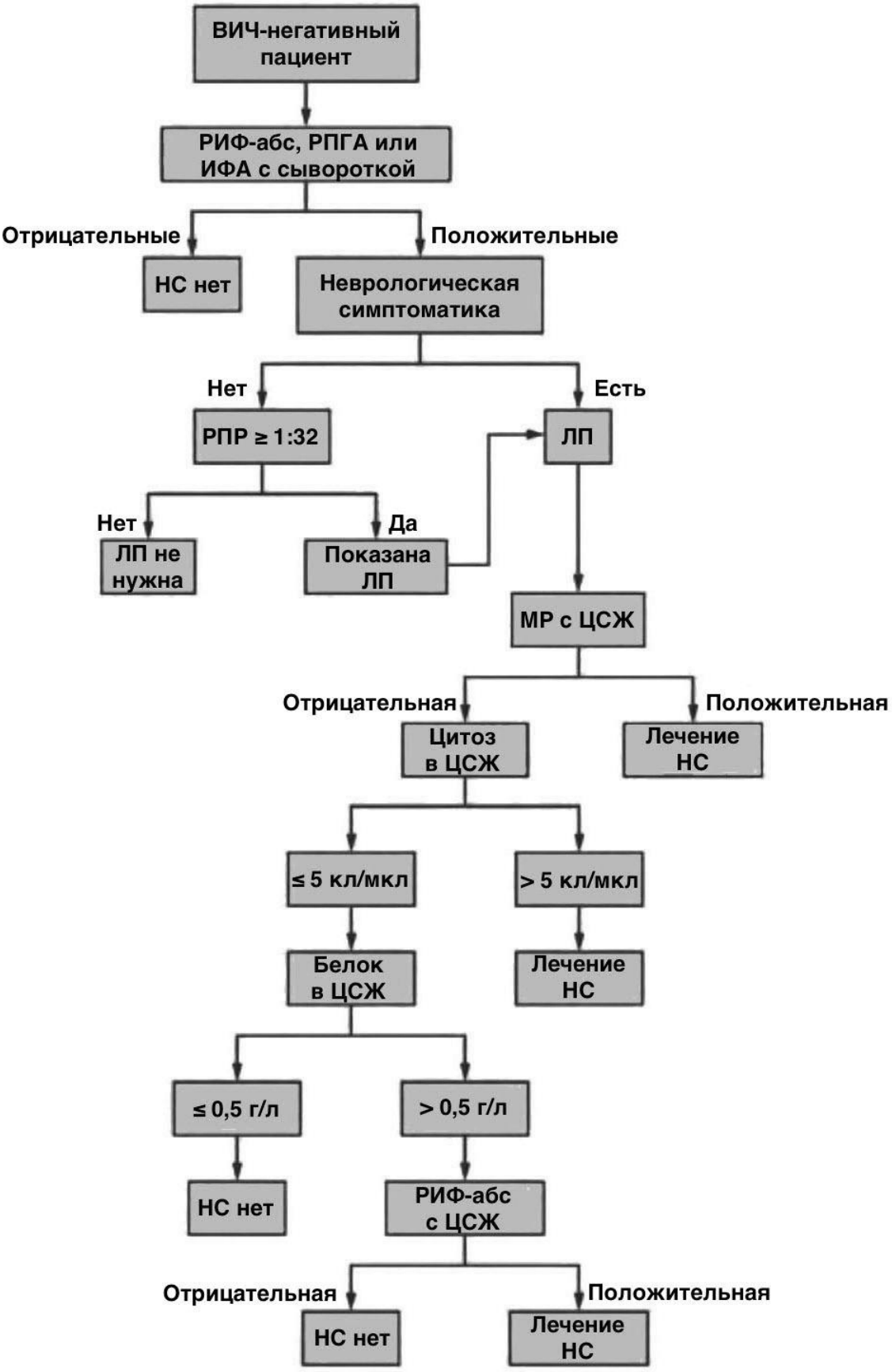
34. Сифилис: от висмута до экстенциллина (монография для врачей) под редакцией проф. А.Ш.Ваисова. Ташкент. 2012. -244 с.

35. Худайбердиев Н.А. Ампициллин в терапии сифилиса: Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1975.

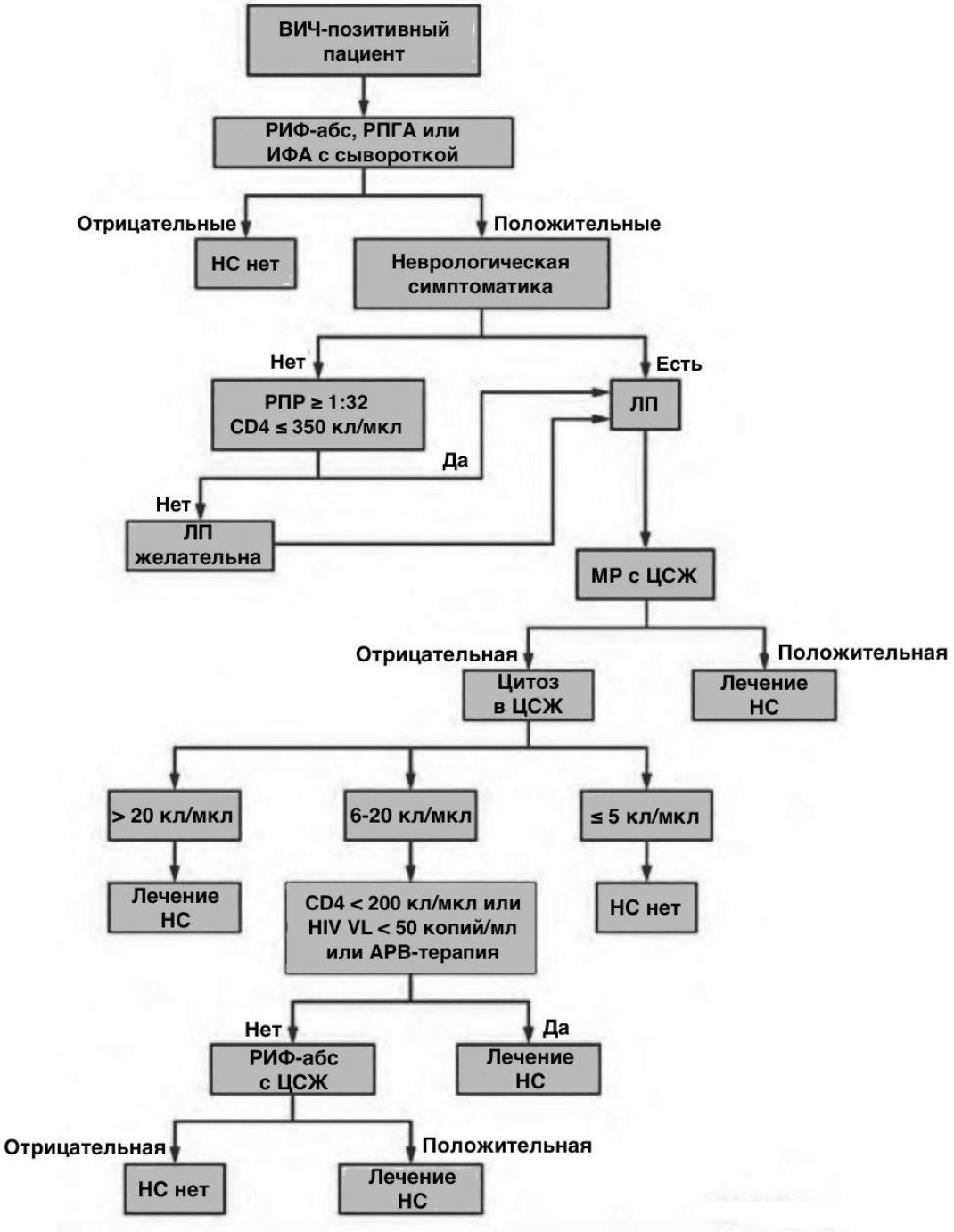
Алгоритмы действий врача



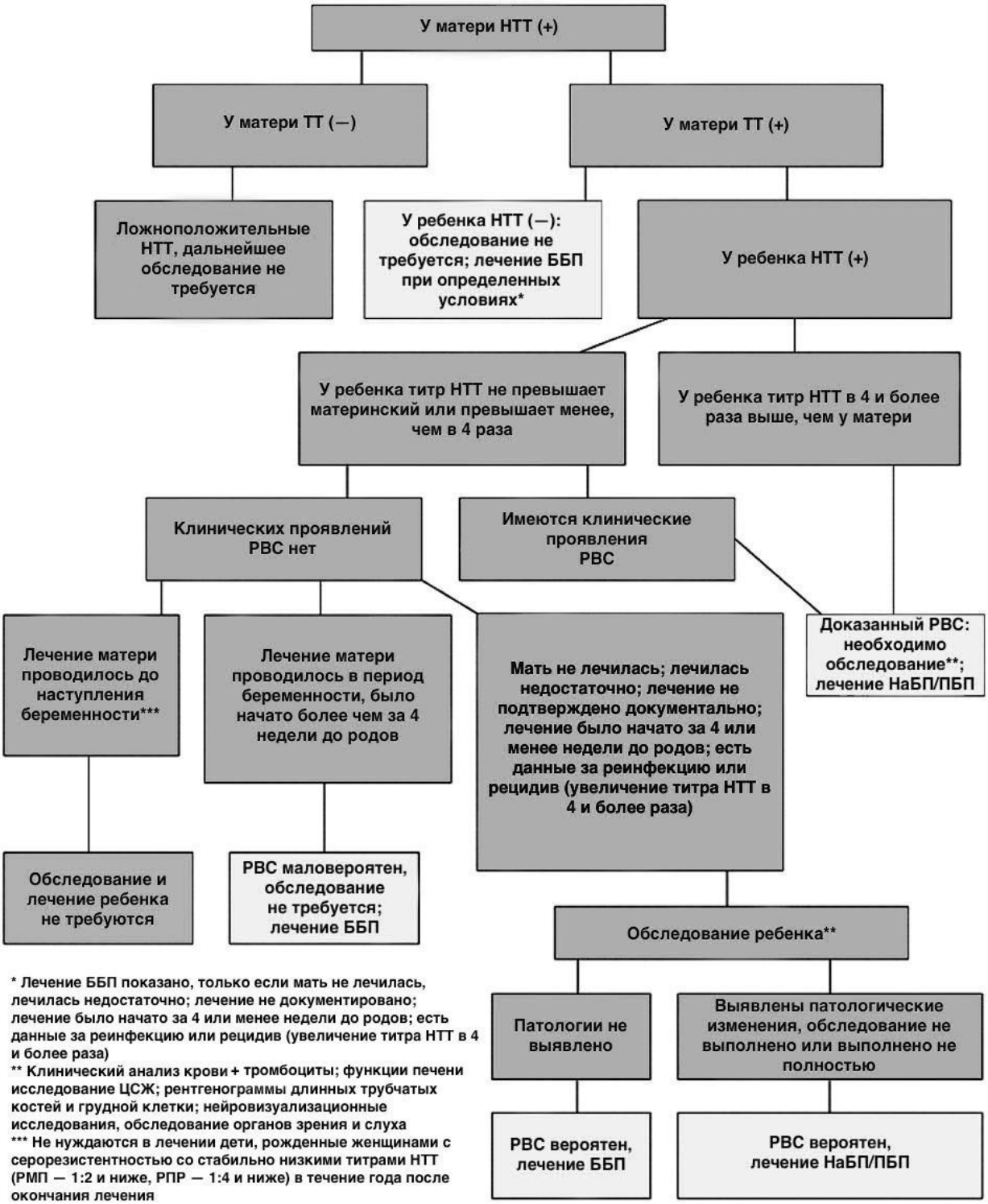
Алгоритм диагностики нейросифилиса у ВИЧ-негативных пациентов



Алгоритм диагностики нейросифилиса у ВИЧ-позитивных пациентов



Алгоритм ведения детей с подозрением на врожденный сифилис



* Лечение ББП показано, только если мать не лечилась, лечилась недостаточно; лечение не документировано; лечение было начато за 4 или менее недели до родов; есть данные за реинфекцию или рецидив (увеличение титра НТТ в 4 и более раза)

** Клинический анализ крови + тромбоциты; функции печени исследование ЦСЖ; рентгенограммы длинных трубчатых костей и грудной клетки; нейровизуализационные исследования, обследование органов зрения и слуха

*** Не нуждаются в лечении дети, рожденные женщинами с серорезистентностью со стабильно низкими титрами НТТ (РМП — 1:2 и ниже, РПР — 1:4 и ниже) в течение года после окончания лечения

Компетенции практических навыков по менеджменту сифилиса

(task shifting)

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Жалобы и анамнез			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента	+*	+	+
Применение знаний о симптомах опоясывающего лишая при сборе анамнеза заболевания у пациента.		+	+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями		+	+
Физикальный осмотр			
• Общий осмотр: Оценка общего состояния пациента (лихорадка, слабость, недомогание). Оценка регионарных лимфоузлов (увеличение, болезненность). • Осмотр кожи: Локализация высыпаний. Элементы сыпи: • Осмотр слизистых оболочек:		+	+
Постановка диагноза			
Диагностика на основании специфических симптомов и лабораторно-инструментальных исследований		+	+
Основная лабораторная диагностика			
Назначение основных лабораторных анализов:		+	+
Общий анализ крови		+	+
Скрининговые тесты на наличие сифилиса (старше 14 лет)		+	+
Диагностика ВИЧ-инфекций методом ИФА		+	+
Дополнительная лабораторная диагностика			
Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM			+
Общий анализ мочи			+

Общий анализ кала			+
Комплекс биохимических исследований			+
Иммунологические исследования			+
Прямая/непрямая иммунофлюоресценция			+
Исследование инфекций методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР			+
Дополнительные инструментальные исследования			
Диагностика состояния кожи			+
УЗИ внутренних органов			+
Лечение			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения			+
Профилактика			
Компетенции по улучшению поведения и пропаганде здорового образа жизни	+	+	+
Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения	+	+	+

Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

Компетенции по управлению сифилиса

	Практическая медсестра	**БМСП Семейный врач (бакалавр)**	**Узкий специалист**
Описание сифилиса			+
Симптоматическое описание жалоб		+	+
Описание патофизиологических механизмов			+
Создание подхода к диагностике сифилиса на основе этиологии, симптомов и исследований (основные лабораторно-инструментальные исследования).			+
Интерпретация основных анализов			+
Формирование подхода к лечению сифилиса			+
Опишите немедикаментозную терапию сифилиса			+
Опишите медикаментозную терапию сифилиса.			+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при сифилисе.		+	+
Обсудите патофизиологические механизмы развития сифилиса в рамках лечения.			+

Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.