

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра
здравоохранения Республики Беларусь

 Л.А. Постоялко

09 апреля 2002 г.
Регистрационный № 4-0102

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ СИФИЛИСА (инструкция по применению)

Учреждение-разработчик: Белорусский государственный медицинский университет

Авторы: канд. мед. наук, доц. В.Г. Панкратов, канд. мед. наук А.М. Лукьянов, д-р мед. наук, проф. Н.З. Яговдик, канд. мед. наук, доц. М.К. Кевра, д-р мед. наук, проф. Л.Г. Барабанов, канд. мед. наук О.В. Панкратов, чл.-кор. НАНБ, д-р мед. наук, проф. В.С. Улащик, Ю.В. Салук, Ю.Л. Бойко, Е.В. Коваленко, Л.С. Лукашева

[Перейти к оглавлению](#)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Классификация	3
1. Основные принципы лечения больных сифилисом	5
1.1. Этиотропные средства для лечения больных сифилисом, показания и противопоказания к их применению.....	6
2. Превентивное лечение.....	7
3. Лечение больных первичным сифилисом	8
4. Лечение больных вторичным и ранним скрытым сифилисом	9
5. Принципы лечения больных сифилисом с другими сопутствующими инфекциями, передающимися половым путем	10
6. Лечение больных ранним висцеральным и нейросифилисом	11
7. Лечение больных поздним сифилисом	12
7.1. Лечение больных третичным и скрытым поздним сифилисом.....	12
7.2. Лечение больных поздним висцеральным сифилисом.....	12
7.3. Лечение больных поздним нейросифилисом	13
8. Лечение больных сифилисом при непереносимости препаратов пенициллина (альтернативные методы лечения)	14
9. Неспецифическая терапия больных сифилисом	15
10. Специфическое и профилактическое лечение беременных	18
10.1. Специфическое лечение беременных при сроке до 18 недель включительно	18
10.2. Специфическое лечение беременных при сроке более 18 недель	18
10.3. Профилактическое лечение беременных	19

11. Лечение и профилактика сифилиса у детей.....	20
11.1. Специфическое лечение сифилиса у детей	21
11.2. Профилактическое лечение детей.....	23
11.3. Превентивное лечение детей	23
12. Клинико-серологический контроль после окончания лечения.....	25
13. Серорезистентность и ее лечение.....	27
14. Медицинская реабилитация больных сифилисом	28
14.1. Медицинская реабилитация больных ранними формами сифилиса с замедленной негитивацией КСР	28
14.2. Медицинская реабилитация больных поздними формами сифилиса со стойко положительными серологическими реакциями после проведенного основного курса лечения	30
15. Снятие с учета.....	30
16. Индивидуальная профилактика сифилиса и других ИППП.....	31
Определения	33

ВВЕДЕНИЕ

Со времени выхода предыдущей «Инструкции по лечению и профилактике сифилиса» (1995) изменилась эпидемиологическая ситуация: наблюдается прогрессивное снижение заболеваемости сифилисом во всех регионах страны, снижается удельный вес регистрируемых ранних манифестных форм инфекции при одновременном росте удельного веса скрытых форм сифилиса; отмечается более частая регистрация врожденного и приобретенного сифилиса у детей; в течение последних 6 лет ежегодно повышается удельный вес сельских жителей среди заболевших; участилась регистрация больных ранним нейросифилисом и серорезистентным сифилисом. В организационном плане более половины выявленных больных сифилисом получили лечение амбулаторно.

За последние 6 лет в мире в определенной мере изменились взгляды и некоторые подходы к диагностике, лечению и профилактике сифилиса. В 1995 г. разработана международная классификация болезней 10-го пересмотра, и наша страна переходит на эту классификацию. Поэтому в настоящей инструкции приводится рекомендуемая МКБ-10 классификация сифилитической инфекции.

В настоящую Инструкцию внесен ряд принципиальных изменений по вопросам лечения и клинико-серологического наблюдения за больными после лечения. Инструкция оставляет за лечащим врачом право выбора той или другой методики амбулаторного, стационарно-амбулаторного или стационарного лечения с учетом стадии болезни, социального статуса и общего состояния здоровья пациента.

С момента утверждения данной Инструкции Министерством здравоохранения Республики Беларусь утрачивает силу «Инструкция по лечению и профилактике сифилиса», утвержденная МЗ РБ 10.07.1995 г.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Приводим классификацию сифилиса по МКБ-10:

A.50. Врожденный сифилис.

A.50.0. Ранний врожденный сифилис с симптомами.

A.50.1. Ранний врожденный сифилис скрытый.

A.50.2. Ранний врожденный сифилис неуточненный.

Инструкция по лечению и профилактике сифилиса

- A.50.3. Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз.
- A.50.4. Поздний врожденный сифилис (ювенильный нейросифилис).
- A.50.5. Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами.
- A.50.6. Поздний врожденный сифилис скрытый.
- A.50.7. Поздний врожденный сифилис неуточненный.

A.51. Ранний сифилис.

- A.51.0. Первичный сифилис половых органов.
- A.51.1. Первичный сифилис анальной области.
- A.51.2. Первичный сифилис других локализаций.
- A.51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
- A.51.4. Другие формы вторичного сифилиса.
- A.51.5. Ранний сифилис скрытый.
- A.51.9. Ранний сифилис неуточненный.

A.52. Поздний сифилис.

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

A.53. Другие и неуточненные формы сифилиса.

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

1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Сифилис — хроническое инфекционное заболевание, передающееся преимущественно при половых контактах, с разнообразными клиническими проявлениями, характеризующееся периодичностью течения. Возбудитель — *Treponema pallidum*.

Специфическое лечение назначается больному сифилисом после установления диагноза. Диагноз устанавливается на основании жалоб больного, клинических проявлений, эпидемиологических данных, обнаружения возбудителя заболевания (при соответствующих клинических проявлениях) и результатов серологического исследования (КСР, РМП или ее аналогов (VDRL, RPR-), РПГА, при подтверждении — РИФ-абс., ИФА, в ряде случаев РИБТ).

Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными заразными формами сифилиса.

Профилактическое лечение проводят находящимся на учете беременным, болеющим или болевшим сифилисом, и детям, рожденным такими матерями.

Пробное лечение можно назначить при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы, органов чувств, опорно-двигательного аппарата, когда лабораторные данные и клиническая картина не позволяют исключить сифилитическую инфекцию.

Больным гонореей с невыясненным источником заражения рекомендуется ежемесячное серологическое обследование на сифилис в течение 2 мес. с исследованием КСР, ИФА, РИФ-абс.

Больные сифилисом проходят амбулаторно или стационарно тщательное клинико-лабораторное обследование.

Исследование спинномозговой жидкости (СМЖ) с диагностической целью проводится дерматовенерологом или невропатологом пациентам с клиническими симптомами поражения нервной системы. Оно показано также при вторичном сифилисе с проявлениями в виде алопеции и лейкодермы, при скрытых и поздних формах сифилиса, при неудачах в лечении (клиническом или серологическом рецидиве), при формировании истинной серорезистентности. Ликворологическое обследование рекомендуется также детям, рожденным от матерей, не получавших лечения по поводу сифилиса. Все эти пациенты консультируются невропатологом, отоларингологом и офтальмологом.

При обследовании больных сифилисом и лечении необходимо выполнение общих анализов крови и мочи, исследование КСР до и после лечения, при необходимости — каждые 10–14 дней. При проведении превентивного лечения серологические исследования проводить каждые 5 дней до окончания курса антибиотикотерапии (но не менее 2 раз). Если в КСР получен однократно слабopоложительный (положительный) результат, то лечение пациента будет продолжено по схеме лечения первичного или раннего скрытого сифилиса.

При резко положительных (4+) результатах исследования КСР и РИФ-абс., при положительных (3+) результатах КСР должно проводиться обязательное определение титров антител.

До начала лечения необходимо выяснить вопрос о переносимости препаратов пенициллина и зафиксировать это в медицинской документации. При непереносимости пенициллина следует подобрать альтернативный (резервный) метод лечения.

1.1. Этиотропные средства для лечения больных сифилисом, показания и противопоказания к их применению

Основным этиотропным средством для лечения больных сифилисом является пенициллин и его препараты.

Для стационарного лечения больных сифилисом препаратом выбора является натриевая соль бензилпенициллина, которая обеспечивает высокую начальную концентрацию антибиотика в крови и тканях, но довольно быстро выводится из организма. Поэтому при введении натриевой соли пенициллина в дозе 500 тыс. ЕД оптимальным является интервал 4 ч между внутримышечными инъекциями (6 раз в сутки), а в дозе 1 млн ЕД — 6 ч (4 раза в сутки).

Препараты пенициллина «средней» дюрантности — российская новокаиновая соль пенициллина и зарубежный прокаин пенициллин — могут рекомендоваться как для стационарного, так и амбулаторного лечения больных сифилисом, поскольку инъекции этих лекарственных средств проводятся 1–2 раза в сутки. После их внутримышечного введения в дозе 0,6–1,2 млн ЕД обеспечивается поддержание терапевтической концентрации пенициллина в организме на протяжении 12–24 ч.

Для амбулаторного лечения больных сифилисом рекомендуются:

Инструкция по лечению и профилактике сифилиса

– препараты бензатинбензилпенициллина — экстенциллин, ретарпен и российский бициллин-1. Их однократное внутримышечное введение в дозе 2,4 млн ЕД обеспечивает поддержание в сыворотке крови больного трепонемоцидной концентрации пенициллина до 2–3 недель. Инъекции экстенциллина и ретарпена проводятся 1 раз в неделю, бициллина-1 российского производства — 1 раз в 5 дней;

– бициллин-3 (дибензилэтилендиаминовая, новокаиновая и натриевая соли пенициллина в соотношении 1:1:1) внутримышечно в дозе 2,4 млн ЕД 2 раза в неделю;

– бициллин-5 (дибензилэтилендиаминовая и новокаиновая соли пенициллина в соотношении 4:1) внутримышечно в дозе 1,5 млн ЕД 2 раза в неделю.

Расчет препаратов пенициллина для превентивного, специфического и профилактического лечения детей проводится в зависимости от возраста и массы тела ребенка.

При выборе препарата для этиотропного лечения сифилиса следует руководствоваться тем, что препараты бензилпенициллина являются основными в лечении всех форм сифилиса. Показанием к применению препаратов бензилпенициллина для лечения сифилиса является установление диагноза сифилиса в любой стадии.

За 30–60 мин до первой инъекции препаратов пенициллина назначается 10–15 мг преднизолона или 0,1–0,15 мг бетаметазона внутрь.

Противопоказанием к применению препаратов пенициллина для лечения больных сифилисом является их индивидуальная непереносимость. При наличии противопоказаний к пенициллину назначаются альтернативные лекарственные средства (указанные препараты будут представлены в соответствующем разделе инструкции). На случай возникновения шоковой аллергической реакции на пенициллин в процедурном кабинете необходимо иметь противошоковую аптечку.

2. ПРЕВЕНТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Превентивному лечению подлежат лица, имевшие половой или тесный бытовой контакт с больными заразными формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 мес.

Превентивное лечение проводится амбулаторно по одной из методик:

– экстенциллин или ретарпен в дозе 2,4 млн ЕД внутримышечно однократно;

Инструкция по лечению и профилактике сифилиса

- бициллин-1 российского производства в дозе 2,4 млн ЕД — 2 внутримышечные инъекции с интервалом в 5 дней;
- бициллин-3 в дозе 2,4 млн ЕД или бициллин-5 в дозе 1,5 млн ЕД 2 раза в неделю, всего 4 инъекции;
- новокаиновая соль пенициллина в дозе 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки в течение 10 дней или прокаин пенициллин в дозе 1,2 млн ЕД один раз в сутки в течение 10 дней.

Лицам, у которых с момента контакта с больным сифилисом прошло от 2 до 4 мес., проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 мес. Если с момента контакта прошло более 4 мес., то проводится однократное клинико-серологическое обследование.

Превентивное лечение реципиента, которому перелита кровь больного сифилисом, проводится по одной из методик, рекомендуемых для лечения первичного и вторичного свежего сифилиса, если с момента трансфузии прошло не более 3 мес. Если прошло от 3 до 6 мес., то реципиент подлежит клинико-серологическому контролю дважды с интервалом в 2 мес. Если после переливания крови прошло более 6 мес., то проводится однократное клинико-серологическое обследование.

3. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ

Для *амбулаторного* лечения рекомендуются:

Методика № 1. Бициллин-1 российского производства, доза 2,4 млн ЕД, вводится внутримышечно 1 раз в 5 дней, число инъекций — 3. Экстенциллин или ретарпен вводятся внутримышечно в дозе 2,4 млн ЕД с интервалом 7 дней, число инъекций — 2 (при использовании ретарпена первую инъекцию препарата желательно проводить в дозе 4,8 млн ЕД).

Методика № 2. Лечение проводится бициллином-3 в дозе 2,4 млн ЕД или бициллином-5 в дозе 1,5 млн ЕД, внутримышечные инъекции 2 раза в неделю, число инъекций — 6.

Методика № 3. Новокаиновая соль пенициллина по 600 тыс. ЕД внутримышечно два раза в сутки с интервалом 12 ч или прокаин пенициллин в дозе 1,2 млн ЕД в виде одной ежедневной внутримышечной инъекции, продолжительность лечения — 10 дней.

Для *стационарного* лечения рекомендуется:

Методика № 4. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 1 млн ЕД вводится внутримышечно по 4 раза в сутки с интервалом 6 ч в течение 10 дней.

4. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ И РАННИМ СКРЫТЫМ СИФИЛИСОМ

Для *амбулаторного* лечения могут использоваться:

Методика № 1 (применяется у больных с давностью инфекции не более 6 мес.). Лечение проводится экстенциллином или ретарпеном по 2,4 млн ЕД внутримышечно один раз в неделю (при использовании ретарпена первую инъекцию желательно проводить в дозе 4,8 млн ЕД), всего на курс 4 инъекции, либо российским бициллином-1, доза 2,4 млн ЕД вводится внутримышечно 1 раз в 5 дней, на курс 5 инъекций.

Методика № 2 (применяется у больных с давностью инфекции не более 6 мес.). Лечение проводится бициллином-3 в дозе 2,4 млн ЕД или бициллином-5 в дозе 1,5 млн ЕД внутримышечно, 2 раза в неделю. Число инъекций бициллина у больных с давностью инфекции до 4 мес. — 10, от 4 до 6 мес. — 12.

Методика № 3. Новокаиновая соль пенициллина вводится внутримышечно в дозе 600 тыс. ЕД 2 раза в день, или прокаин пенициллин внутримышечно ежедневно, в разовой дозе 1,2 млн ЕД, в течение 20 дней больным с давностью инфекции до 4 мес. и 28 дней — при давности инфекции от 4 до 24 мес.

Для *стационарного* лечения рекомендуется:

Методика № 4. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 1 млн ЕД, вводится внутримышечно 4 раза в сутки с интервалом 6 ч в течение 20 дней при давности инфекции до 4 мес. и в течение 28 дней при давности инфекции свыше 4 мес.

Для *стационарно-амбулаторного* лечения используется:

Методика №5. Лечение начинают в стационаре бензилпенициллином (натриева я соль) по 1 млн ЕД 4 раза в сутки внутримышечно в течение 7–10 дней с последующим переходом на амбулаторное лечение ретарпеном или экстенциллином в дозе 2,4 млн ЕД, число инъекций — 2 с недельным интервалом между введениями. На амбулаторном этапе лечения можно использовать российский бициллин-1 в дозе 2,4 млн ЕД, вводимой внутримышечно 1 раз в 5 дней, всего 4 инъекции, или бициллин-3 в дозе 2,4 млн ЕД, или бициллин-5 в дозе 1,5 млн ЕД, которые назначают внутримышечно 2 раза в неделю, на курс лечения 8 инъекций.

У больных вторичным рецидивным и ранним скрытым сифилисом с давностью инфекции более 4 мес. показано одновременное назначение неспецифической терапии (иммуномодуляторов), включая физиотерапевтические процедуры.

5. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ С ДРУГИМИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

При выявлении сифилиса у больного туберкулезом (легочная или внелегочная форма) лечение сифилиса проводится водорастворимым пенициллином с учетом клинической формы сифилиса по приведенным выше методикам одновременно с лечением туберкулеза в условиях фтизиатрического стационара.

Больные сифилисом должны обследоваться на ВИЧ и по показаниям на другие ИППП.

При выявлении у больного сифилисом гонореи, трихомониаза или других урогенитальных инфекций их лечение проводят параллельно с лечением сифилиса.

При выявлении у больного ВИЧ-антител он направляется для дальнейшего обследования, лечения и постоянного наблюдения в региональный центр по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией (СПИД) с соответствующими рекомендациями по лечению сифилиса. Лечение сифилиса у ВИЧ-инфицированных больных проводится с учетом стадии сифилитической инфекции по методикам, идентичным таковым у ВИЧ-неинфицированных больных. Терапия сифилиса у больных манифестным СПИДом проводится по методике № 1 лечения больных ранним нейросифилисом.

6. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАННИМ ВИСЦЕРАЛЬНЫМ И НЕЙРОСИФИЛИСОМ

Лечение больных ранними формами сифилиса с висцеральными поражениями следует проводить по методике № 3 или № 4 раздела 4 на фоне неспецифической и симптоматической терапии в течение 28 дней, причем водорастворимый пенициллин (методика № 4) должен вводиться всем больным 6 раз в сутки с интервалом в 4 ч.

Лечение больных ранним нейросифилисом проводится при совместном профессиональном сотрудничестве дерматовенеролога, невропатолога и офтальмолога в неврологическом или венерологическом стационарах в зависимости от топике поражения и тяжести процесса. Рекомендуется инфузионная терапия пенициллином.

Методика № 1. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 6 млн ЕД, разведенная в 250–400 мл изотонического раствора натрия хлорида, вводится внутривенно капельно 4 раза в сутки в течение 14 сут. Каждая инфузия занимает 75–80 мин. Раствор антибиотика используется сразу после приготовления.

Методика № 2. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 4 млн ЕД, вводится внутривенно струйно 6 раз в сутки в течение 14 сут. Разовая доза пенициллина разводится в 20 мл физиологического раствора натрия хлорида и вводится в течение 3–5 мин в локтевую вену.

Вопрос о подготовительном и симптоматическом лечении при нейросифилисе решается дерматовенерологом совместно с невропатологом и офтальмологом. Например, в первые 2–3 дня массивной инфузионной терапии пенициллином с целью уменьшения осложнений рекомендуется вводить внутримышечно преднизолон из расчета 0,5 мг на 1 кг массы тела или бетаметазон 0,05 мг/кг/сут. Через 6 мес. после окончания лечения проводят контрольное исследование ликвора. При отсутствии его санации курс лечения рекомендуется повторить по одной из приведенных выше методик или с использованием цефтриаксона в разовой дозе 1,0 г, которая может вводиться или внутривенно одномоментно в течение 3–4 мин (разовая доза антибиотика разводится в 10 мл физиологического раствора натрия хлорида или воды для инъекций), или внутримышечно (1,0 г препарата растворяют в 3,5 мл 1% раствора лидокаина), продолжительность курса лечения — 14 сут. В тяжелых случаях (сифилитический менингоэнцефалит, острый генерализованный менингит) рекомендуется внутривенное ежедневное введение цефтриаксона до 4,0 г/сут в течение 14–21 дня.

7. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЗДНИМ СИФИЛИСОМ

7.1. Лечение больных третичным и скрытым поздним сифилисом

Лечение больных третичным сифилисом при наличии сопутствующих специфических поражений внутренних органов проводится по методикам лечения больных висцеральным сифилисом.

Лечение больных третичным сифилисом при отсутствии у них сопутствующих висцеральных поражений и больных поздним скрытым сифилисом проводится по следующим методикам:

Методика № 1. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 1 млн ЕД, вводится внутримышечно 6 раз в сутки с интервалом 4 ч в течение 28 дней. После двухнедельного перерыва проводится второй 20-дневный курс лечения этим же препаратом в такой же суточной дозе.

Методика № 2. Новокаиновая соль пенициллина, разовая доза 600 тыс. ЕД, вводится внутримышечно 2 раза в сутки, или прокаин пенициллин, разовая доза 1,2 млн ЕД, вводится внутримышечно одномоментно ежедневно, продолжительность курса лечения — 28 дней. После двухнедельного перерыва проводится второй 20-дневный курс лечения этим же препаратом.

Антибиотикотерапия дополняется неспецифической симптоматической и иммунотерапией с учетом результатов иммунограммы, биохимических исследований крови и рекомендаций терапевта.

7.2. Лечение больных поздним висцеральным сифилисом

Лечение больных поздним висцеральным сифилисом проводится терапевтом совместно с дерматовенерологом и включает, помимо специфических, неспецифические и симптоматические препараты.

Лечение рекомендуется начинать с двухнедельной подготовки антибиотиками широкого спектра действия (тетрациклином или эритромицином) по 0,5 г 4 раза в сутки. После этого применяют препараты пенициллина.

Методика № 1. Бензилпенициллин, натриевая соль, назначается внутримышечно по 500 тыс. ЕД 6 раз в сутки в течение 28 дней, после двухнедельного перерыва проводят второй курс пенициллинотерапии по 1 млн ЕД 6 раз в сутки в течение двух недель.

Методика № 2. Новокаиновая соль пенициллина назначается внутримышечно по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки или прокаин пенициллин, который вводится внутримышечно ежедневно однократно в дозе 1,2 млн ЕД, продолжительность курса лечения — 28 дней. После двухнедельного перерыва проводится второй 14-дневный курс лечения.

7.3. Лечение больных поздним нейросифилисом

Лечение больных поздним нейросифилисом (прогрессивным параличом, табопараличом, спинной сухоткой) проводится по тем же методикам, которые рекомендованы для лечения больных ранним нейросифилисом. Различие состоит в том, что больным поздним нейросифилисом проводятся два аналогичных курса лечения с интервалом в 1 мес. с последующим ликворологическим контрольным исследованием через 6 мес.

Лечение больных поздним нейросифилисом проводится в неврологическом, психиатрическом или венерологическом специализированных стационарах с учетом преобладающей симптоматики.

Этиотропное лечение больных поздним нейросифилисом, особенно в случае гумм головного или спинного мозга, дополняется приемом преднизолона или бетаметазона, который на 5–7 дней опережает пенициллинотерапию. Начальная доза преднизолона — 0,5 мг/кг массы тела в сутки (бетаметазона — 0,05 мг/кг); каждые 5 дней суточная доза снижается на 10 мг (для бетаметазона — 1 мг), а по достижении дозы 10–15 мг — на 5 мг (для бетаметазона — на 0,5 мг).

Своевременная диагностика с использованием компьютерной томографии (КТ), ядерно-магнитного резонанса (ЯМР, МРТ) и адекватное лечение гумм головного или спинного мозга может приводить к полному излечению (терапия ведется под контролем ликвора и МРТ). Другие формы позднего нейросифилиса, особенно прогрессивный паралич и спинная сухотка, более резистентны к терапии.

8. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТОВ ПЕНИЦИЛЛИНА (альтернативные методы лечения)

Для этиотропного лечения больных сифилисом, профилактического и превентивного лечения при непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда могут использоваться антибиотики широкого спектра действия: тетрациклин, доксициклин, эритромицин, кларитромицин, оксациллин, ампициллин, цефтриаксон, при свежих формах сифилиса еще и азитромицин (только при непереносимости всех остальных резервных антибиотиков).

Для превентивного лечения тетрациклин и эритромицин назначаются в суточной дозе 2,0 г (по 0,5 г 4 раза в сутки), доксициклин — по 0,1 г 2 раза в день в течение 10 дней. Продолжительность лечения этими препаратами больных первичным сифилисом — 20 дней, вторичным и ранним скрытым сифилисом — 30 дней.

При использовании доксициклина или тетрациклина в летнее время необходимо рекомендовать больным избегать длительного пребывания под прямыми солнечными лучами ввиду возможного проявления побочного фотосенсибилизирующего действия. Эти антибиотики не следует применять для лечения детей младше 8 лет и беременных женщин. Для этой категории больных может использоваться эритромицин по 0,5 г 4 раза в день, но нельзя забывать, что эритромицин не проникает через плаценту и новорожденный нуждается в лечении (профилактическом или этиотропном по диагнозу врожденного сифилиса), которое желательно провести пенициллином.

Кларитромицин (фромилид, клацид) — антибиотик из группы макролидов, хорошо проникает через плацентарный барьер, в отличие от эритромицина, поэтому рекомендуется прежде всего для лечения сифилиса у беременных. Препарат вначале вводится внутривенно, затем перорально. Внутривенно назначают по 0,5 г кларитромицина, растворенного в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида, 2 раза в сутки с интервалом 12 ч. Превентивное лечение проводится в течение 8 сут (16 инъекций). Больным первичным и вторичным сифилисом с давностью инфекции до 4 мес. препарат вводят внутривенно 10 сут (20 инъекций), затем больные принимают кларитромицин внутрь по 0,25 г 2 раза в сутки с интервалом 12 ч в течение 10 дней. При вторичном сифилисе с давностью инфекции более 4 мес. и раннем скрытом препарат вводят вначале внутривенно в течение 14 сут (28 инъекций), затем антибиотик назначается внутрь по 0,25 г 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Инструкция по лечению и профилактике сифилиса

Полусинтетические пенициллины (оксациллин или ампициллин) вводят внутримышечно по 1 млн ЕД (доза растворяется в 5 мл дистиллированной воды для инъекций) 4 раза в сутки. Длительность превентивного лечения — 10 дней, лечения больных первичным сифилисом — 20 дней, вторичным и ранним скрытым сифилисом — 30 дней.

Цефтриаксон — цефалоспорин III поколения, обладает достаточно высокой трепонемоцидной активностью и отличается хорошей проницаемостью в ткани, органы, СМЖ и ткань мозга. Для превентивного лечения рекомендуется внутримышечное введение цефтриаксона в дозе 0,5 г ежедневно однократно в течение 7 дней, при первичном сифилисе в той же дозе в течение 10 дней. При вторичном и скрытом раннем, скрытом позднем сифилисе цефтриаксон вводится внутримышечно в дозе 1,0–2,0 г ежедневно в течение не менее 14–20 дней.

Азитромицин (сумамед) может использоваться при непереносимости пенициллина и других антибиотиков для лечения первичного и вторичного сифилиса с давностью инфекции до 4 мес. Он назначается по 0,5 г в день в течение 10–14 сут. У больных вторичным сифилисом с давностью инфекции более 6 мес. и ранним скрытым сифилисом лечение азитромицином нередко оказывается неэффективным.

9. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Абсолютному большинству больных свежими и ранними формами сифилиса с давностью инфекции менее 4–6 мес. проводится только этиотропное лечение без одновременного использования средств неспецифической и иммунотерапии.

У больных сифилисом с давностью инфекции свыше 6 мес. (к сожалению, далеко не всегда удается достоверно установить сроки заражения больного), при поздних формах скрытого, висцерального и нейросифилиса, как и при других хронических инфекциях, выявляется ряд отклонений в иммунном статусе больных: снижение активности реакций фагоцитоза, существенное угнетение клеточного иммунитета, изменения в системе комплемента с угнетением классического и выраженным повышением альтернативного пути его активации и др.

В клинике внутренних, инфекционных, гинекологических и урологических болезней при выявлении подобных патогенетических сдвигов, наряду с этиотропной антибактериальной терапией, широко практикуется неспецифическая, иммунокорригирующая и общеукрепляющая терапия. Учитывая выявляемые изменения иммунного статуса у жителей Республики Беларусь, больных сифилисом, продолжающийся патоморфоз возбудителя, а также современные особенности течения сифилитической инфекции с тенденцией роста скрытых и поздних форм сифилиса, больным ранними формами сифилиса с давностью инфекции более 6 мес., а также больным поздним скрытым, висцеральным, серорезистентным и нейросифилисом при клинических и серологических рецидивах наряду с этиотропной антибактериальной терапией можно использовать неспецифические и иммунокорригирующие средства, физиотерапевтические процедуры, оказывающие общеукрепляющее действие и помогающие организму побороть инфекцию.

В качестве иммуномодуляторов используются препараты, обладающие преимущественно иммуностимулирующей активностью. При назначении этих препаратов рекомендуется динамическое наблюдение за иммунным статусом пациента. Особенности функционирования иммунной системы таковы, что в настоящее время не существует иммуномодулятора с абсолютно селективным конечным действием на иммунитет. Поэтому любой иммуномодулятор, влияющий преимущественно на фагоцитоз, гуморальный или клеточный иммунитет, будет в той или иной степени оказывать действие и на все другие компоненты иммунной системы.

Для активации противoinфекционного иммунитета целесообразнее применять иммуномодуляторы, воздействующие на клетки моноцитарно-фагоцитарной системы (стимуляторы фагоцитоза). Положительный эффект наблюдается и при использовании иммуномодуляторов с преимущественным действием на Т-клетки и уже через них опосредованно на клетки моноцитарно-макрофагальной системы.

Стимуляторы моноцитарно-макрофагальной системы:

1. Пирогенал. Назначается в виде внутримышечных инъекций в начальной дозе 5–10 мкг с постепенным повышением на 10–20 мкг на инъекцию, доводя до 120–150 мкг в зависимости от реакции организма, препарат вводится 1 раз в 2–3 дня, на курс 8–10 инъекций.

2. Продигозан. Вводится внутримышечно 2 раза в неделю в дозах от 25 до 50 мкг (0,5–1 мл 0,005% раствора), на курс 5–6 инъекций.

3. Рибомунил в таблетках по 375 мкг, назначается по 3 таблетки утром натощак ежедневно в первые 4 дня каждой недели, курс лечения — 3–4 недели.

Инструкция по лечению и профилактике сифилиса

4. Полиоксидоний. Выпускается во флаконах по 6 мг. Содержимое флакона растворяют в 2 мл физиологического раствора хлорида натрия и вводят внутримышечно через день, на курс 8–10 инъекций.

5. Ликопид, таблетки по 1 мг и 10 мг, назначают внутрь по 10 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, затем по 20 мг/сут через день еще 10 дней.

6. Нуклеинат натрия. Назначают по 0,1 г 3 раза в день в течение 15–20 дней.

7. Пентоксил, таблетки по 0,2 г 3 раза в день в течение 2–3 недель.

8. Интерфероны. Чаще других используют интерферон альфа-2b (интрон А). Препарат в дозе 3 млн МЕ (порошок растворяют в 1 мл дистиллированной воды для инъекций) вводят подкожно или внутримышечно 3 раза в неделю в течение 2 недель.

Стимуляторы Т-лимфоцитов (CD4⁺):

1. Тактивин, 0,01% раствор во флаконах по 1 мл (100 мкг), вводят подкожно один раз в сутки после 16.00 в течение 5 дней (или по дням 1-2-3-5-7).

2. Тималин. Выпускается в виде стерильного лиофилизированного порошка во флаконах по 10 мг. Перед инъекцией порошок растворяют в изотоническом растворе натрия хлорида (1–2 мл) и вводят внутримышечно ежедневно после 16.00 по 5–20 мг один раз в сутки в течение 3–10 дней. На курс лечения до 100 мг препарата.

3. Тимоген. Выпускается в ампулах по 1 мл 0,01% раствора для внутримышечных инъекций. Вводят внутримышечно один раз в сутки после 16.00 по 1 мл (100 мкг) в течение 5–10 дней.

4. Диуцифон, таблетки по 100 мг, принимают перорально по одной таблетке 3 раза в сутки в течение 3 дней, повторные курсы через три дня, всего 3 курса.

5. Спленин. Выпускается в ампулах по 1 мл, вводится внутримышечно один раз в сутки в течение 10 дней.

6. Леакадин, таблетки по 100 мг, назначают по одной таблетке 2 раза в день в течение 10 дней, через 5 дней — второй 10-дневный курс.

7. Иммунофан. Выпускается в ампулах по 1 мл 0,005% раствора препарата. Назначается подкожно или внутримышечно в дозе по 1 мл, одна инъекция в сутки в течение 5 дней, затем еще 5 инъекций через день.

8. Миелопид. Вводится подкожно через день по 3–6 мг, на курс лечения 5 инъекций. Оказывает стимулирующее действие и на В-лимфоциты.

Кроме иммуномодуляторов (или вместе с ними) может рекомендоваться антиоксидантный комплекс витаминов (по одной таблетке 3 раза в день в течение 2–4 недель).

10. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Современные методики лечения ранних форм сифилиса приводят в абсолютном большинстве случаев при своевременном начале лечения к излечению инфекции у беременной и обеспечивают рождение здорового ребенка, что позволяет изменить отношение к ведению беременности у больной сифилисом. В настоящее время сифилис перестал быть безусловным медицинским показанием для прерывания беременности, особенно если болезнь выявлена в первом триместре беременности. Врач-дерматовенеролог обеспечивает своевременную диагностику и адекватное лечение сифилитической инфекции, оказывает необходимую психологическую поддержку беременной, но решение о сохранении или прерывании беременности принимает сама женщина.

В разные сроки беременности применяются различные методики лечения сифилиса. С целью профилактики выраженной реакции обострения Яриша — Герксгеймера, при которой возможны токсические нарушения у плода, за 30–60 мин до первой инъекции антибиотика следует ввести внутримышечно однократно преднизолон в дозе 0,5 мг/кг массы тела или бетаметазон в дозе 0,05 мг/кг массы тела.

10.1. Специфическое лечение беременных при сроке до 18 недель включительно

Лечение сифилиса у этих пациенток проводится с учетом стадии болезни по методикам, рекомендуемым в соответствующих разделах настоящей инструкции для всех больных.

10.2. Специфическое лечение беременных при сроке более 18 недель

Лечение беременных, больных первичным сифилисом

Методика № 1. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 1 млн ЕД, внутримышечно 4 раза в сутки с интервалом 6 ч, в течение 10 дней.

Методика № 2. Новокаиновая соль пенициллина, вводится внутримышечно по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки с интервалом 12 ч или прокаин пенициллин, доза 1,2 млн ЕД вводится внутримышечно в одной инъекции ежедневно, продолжительность лечения — 10 дней.

Лечение беременных, больных вторичным и скрытым ранним сифилисом

Методика № 1. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 1 млн ЕД, вводится внутримышечно 4 раза в сутки с интервалом 6 ч, продолжительность лечения 20 дней при давности инфекции до 4 мес. и 28 дней при давности инфекции более 4 мес.

Методика № 2. Новокаиновая соль пенициллина вводится внутримышечно по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки с интервалом 12 ч или прокаин пенициллин, доза 1,2 млн ЕД вводится внутримышечно в одной инъекции ежедневно, продолжительность лечения — 20 дней при давности инфекции до 4 мес. и 28 дней при давности инфекции более 4 мес.

При сроке беременности более 18 недель лечение сифилиса препаратами бензатинбензилпенициллина, бициллинами не рекомендуется.

10.3. Профилактическое лечение беременных

Профилактическое лечение беременных проводится женщинам, болевшим сифилисом, состоящим на клинико-серологическом контроле, у которых к началу беременности не произошла полная негитивация КСР, РИФ-абс. и РИТ, имеется положительная ИФА IgM или ИФА IgM + IgG, а также женщинам, начавшим лечение сифилиса во время беременности. Профилактическое лечение рекомендуется проводить с 20-й недели беременности, при поздно начатом специфическом лечении — сразу вслед за ним. Беременным, болевшим сифилисом и снятым с учета при отрицательных результатах КСР, профилактическое лечение не проводится, даже при положительных результатах ИФА IgG. Женщины, получившие превентивное противосифилитическое лечение, профилактическому лечению во время беременности не подлежат.

Профилактическое лечение беременных проводится по одной из следующих методик:

Методика № 1. Бензилпенициллин, натриевая соль вводится внутримышечно по 1 млн ЕД 4 раза в сутки с интервалами 6 ч в течение 10 сут.

Методика № 2. Новокаиновая соль пенициллина вводится внутримышечно по 600 тыс. ЕД два раза в сутки с интервалом 12 ч или прокаин пенициллин по 1,2 млн ЕД внутримышечно в одной инъекции ежедневно в течение 10 дней.

При непереносимости пенициллина беременным в качестве альтернативной терапии показано применение кларитромицина или полусинтетических пенициллинов (оксациллина или ампициллина).

11. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СИФИЛИСА У ДЕТЕЙ

Ранний врожденный манифестный сифилис диагностируется на основании положительных серологических реакций (КСР, РИФ-абс., РИТ, ИФА), наличия кожных проявлений, костных изменений (остеохондриты, периоститы), начальных изменений слизистой оболочки глаза (хориоретиниты), явлений специфического ринита, увеличения печени и селезенки, патологии ликвора. Из перечисленных признаков могут обнаруживаются не все, а то или иное их сочетание.

Ранний врожденный скрытый сифилис устанавливается на основании данных анамнеза (нелеченный сифилис или если специфическое лечение сифилиса не было окончено до родов), положительных результатов КСР, РИФ-абс., РИТ, ИФА с титрами антител на уровне материнских или выше их, отсутствия специфических поражений кожи, костно-суставного аппарата, органов чувств, внутренних органов и нервной системы, позитивности специфических серологических тестов на IgM.

Обязательными обследованиями в течение первых 2 недель жизни для детей, матери которых болеют или болели сифилисом и не сняты с учета в КВУ, являются: консультация педиатра, дерматовенеролога, невропатолога, отоларинголога, офтальмолога, рентгенография трубчатых костей конечностей (при обязательной защите половых органов), серологическое исследование крови (КСР, РИФ-абс., РИТ, ИФА (или РПГА)). При наличии клинических неврологических изменений показано проведение спинномозговой пункции (детским невропатологом или нейрохирургом).

Противосифилитическое лечение (специфическое, профилактическое и превентивное) проводится применительно к детям почти исключительно препаратами пенициллина. За 30–60 мин до первой инъекции препаратов пенициллина рекомендуется однократная внутримышечная инъекция преднизолона в дозе 1 мг/кг массы тела или бетаметазона — 0,1 мг/кг.

11.1. Специфическое лечение сифилиса у детей

Новорожденные (дети до 7 суток), больные ранним врожденным сифилисом (манифестным или скрытым)

Методика № 1. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 100 тыс. ЕД/кг, внутримышечно, каждые 12 ч (с 8-го дня жизни — каждые 8 ч) в течение 20 дней.

Методика № 2. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 60 тыс. ЕД/кг внутривенно медленно (в 20 мл физиологического раствора хлористого натрия) каждые 12 ч, а с 8-го дня — каждые 8 ч, в течение 20 дней.

Дети в возрасте от 7 до 30 суток

Методика № 1. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 100 тыс. ЕД/кг, внутримышечно, каждые 8 ч. Продолжительность лечения при раннем врожденном сифилисе (манифестный или скрытый) — 20 дней, при приобретенный сифилисе — 14 дней.

Методика № 2. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 60 тыс. ЕД/кг, внутривенно медленно (в 20 мл физиологического раствора хлористого натрия), каждые 8 ч. Продолжительность лечения: ранний врожденный сифилис (манифестный или скрытый) — 20 дней, приобретенный сифилис — 14 дней.

Дети в возрасте от 1 до 12 месяцев

Методика № 1. Новокаиновая соль пенициллина, суточная доза 100 тыс. ЕД/кг (но не более 900 тыс. ЕД в сутки), разделенная на 2 внутримышечные инъекции с интервалом 12 ч, или прокаин пенициллин, в той же дозе, однократно, внутримышечно. Продолжительность лечения: ранний врожденный сифилис — 28 дней, приобретенный (срок заражения до 6 мес.) — 14–20 дней, приобретенный (срок заражения более 6 мес.) — 28 дней.

Методика № 2 (применяется только к доношенным детям). Бензатинбензилпенициллин, разовая доза 70 тыс. ЕД/кг (но не более 600 тыс. ЕД), внутримышечно, доза делится пополам и вводится в обе ягодицы. Рекомендуются только при приобретенном сифилисе, при сроке заражения до 6 мес. — 1 раз в неделю, всего 3 инъекции, от 6 мес. до 1 года — 1 раз в неделю, всего 4 инъекции.

Методика № 3. Бензилпенициллин, натриевая соль, суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 4 инъекции с интервалом 6 ч. Продолжительность лечения: ранний врожденный сифилис — 28 дней, приобретенный сифилис (срок заражения до 6 мес.) — 14–20 дней; приобретенный сифилис (срок заражения более 6 мес.) — 28 дней.

Дети в возрасте от 1 года до 14 лет

Методика № 1. Бензатинбензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен), разовая доза 50 тыс. ЕД/кг (но не более 2,4 млн ЕД на одну инъекцию), внутримышечно, доза делится пополам и вводится в обе ягодицы. При раннем врожденном сифилисе доза вводится один раз в неделю, всего 3 инъекции; при позднем врожденном сифилисе методика не применяется. Приобретенный сифилис: срок заражения до 6 мес. — доза вводится один раз в неделю, всего 3 инъекции; срок заражения от 6 мес. до 1 года — доза вводится один раз в неделю, всего 4 инъекции; срок заражения более 1 года — методика не применяется.

Методика № 2. Новокаиновая соль пенициллина, суточная доза 50 тыс. ЕД/кг (но не более 1,2 млн ЕД), разделенная на 2 внутримышечные инъекции с интервалом 12 ч, или прокаин пенициллин в той же суточной дозе, вводится ежедневно внутримышечно однократно. Продолжительность лечения: ранний врожденный сифилис — один 28-дневный курс; поздний врожденный сифилис — два 28-дневных курса с интервалом 2–4 недели; приобретенный сифилис, свежие формы (первичный и вторичный с давностью инфекции до 4 мес.) — 10–14 дней; приобретенный сифилис (вторичный с давностью инфекции более 4 мес. и ранний скрытый со сроком заражения до 1 года) — 28 дней; приобретенный сифилис со сроком заражения более 1 года — 28 дней, через две недели повторный курс в течение 20 дней.

Методика № 3. Бензилпенициллин, натриевая соль, суточная доза 50 тыс. ЕД/кг, разделенная на 4 внутримышечные инъекции с интервалом 6 ч. Продолжительность лечения: ранний врожденный сифилис — один 28-дневный курс; поздний врожденный сифилис — два курса по 28 дней с интервалом 2–4 недели; приобретенный сифилис, свежие формы (первые и вторичный свежий) — 10–14 дней; приобретенный сифилис (вторичный рецидивный или скрытый ранний со сроком заражения до 1 года) — 20–28 дней; приобретенный сифилис со сроком заражения более 1 года — 28 дней, через две недели повторный курс в течение 20 дней.

11.2. Профилактическое лечение детей

Профилактическое лечение новорожденного, рожденного нелеченной матерью, больной сифилисом, или при поздно начатом лечении матери (с 30-й недели беременности) при отсутствии клинико-лабораторных данных о наличии врожденного сифилиса проводится по схемам лечения раннего врожденного сифилиса.

Ребенок, рожденный матерью, имеющей серорезистентность, которая получила полноценное специфическое лечение до беременности, дополнительное по поводу серорезистентности, а также профилактическое лечение во время беременности, профилактическому лечению не подлежит (при отсутствии у него клинических и серологических признаков сифилиса).

При отсутствии у матери негативации КСР, РИФ-абс., РИТ к моменту родов новорожденным, не имеющим клинико-лабораторных данных о наличии врожденного сифилиса, проводится профилактическое лечение по одной из нижеследующих методик.

Новорожденные (возраст до 7 суток)

Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 50 тыс. ЕД/кг, внутримышечно, каждые 12 ч (с 8-го дня жизни — каждые 8 ч) в течение 10 дней.

Дети в возрасте от 7 до 30 суток

Методика № 1. Бензилпенициллин, натриевая соль, разовая доза 50 тыс. ЕД/кг вводится внутримышечно каждые 8 ч в течение 10 сут.

Методика № 2. Бензилпенициллин, натриевая соль, суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 3 внутримышечные инъекции с интервалом 8 ч в течение 10 сут.

Методика № 3. Новокаиновая соль пенициллина, суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 2 внутримышечные инъекции с интервалом 12 ч, или прокаин пенициллин в той же суточной дозе, вводимой внутримышечно в одной инъекции, продолжительность лечения — 10 сут.

11.3. Превентивное лечение детей

Превентивному лечению подлежат дети в возрасте до 2 лет, бывшие в тесном бытовом контакте с больными заразными формами сифилиса.

Дети в возрасте от 1 до 6 месяцев

Методика № 1. Бензатинбензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен), доза 100 тыс. ЕД/кг, вводится внутримышечно однократно (дозу следует разделить пополам и ввести в обе ягодичцы).

Методика № 2. Новокаиновая соль пенициллина, суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 2 внутримышечные инъекции с интервалом 12 ч, или прокаин пенициллин в той же суточной дозе, вводится внутримышечно в одной инъекции, продолжительность лечения — 8 дней.

Методика № 3. Бензилпенициллин, натриевая соль, суточная доза 100 тыс. ЕД/кг, разделенная на 3 внутримышечные инъекции с интервалом 8 ч, продолжительность лечения — 8 сут.

Дети в возрасте от 6 месяцев до 1 года

Методика № 1. Бензатинбензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен), доза 70 тыс. ЕД/кг, вводится внутримышечно, однократно. Дозу следует разделить пополам и ввести в обе ягодичцы.

Методика № 2. Новокаиновая соль пенициллина, суточная доза 50 тыс. ЕД/кг, разделенная на 2 внутримышечные инъекции с интервалом 12 ч, или прокаин пенициллин в той же суточной дозе, вводится внутримышечно в одной инъекции, продолжительность лечения — 8 сут.

Методика № 3. Бензилпенициллин, натриевая соль или пенициллин G (кристаллин, натриевая соль), суточная доза 50 тыс. ЕД/кг, разделенная на 4 внутримышечные инъекции с интервалом 6 ч, продолжительность лечения — 8 сут.

Дети в возрасте от 1 года и старше

Методика № 1. Бензатинбензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен), доза 50 тыс. ЕД/кг (но не более 2,4 млн ЕД), вводится внутримышечно, однократно. Дозу следует разделить пополам и ввести в обе ягодичцы.

Методика № 2. Новокаиновая соль пенициллина, суточная доза 50 тыс. ЕД/кг, разделенная на 2 внутримышечные инъекции с интервалом 12 ч, или прокаин пенициллин в той же суточной дозе, вводится внутримышечно в одной инъекции, продолжительность лечения — 8 сут.

Методика № 3. Бензилпенициллин, натриевая соль, суточная доза 50 тыс. ЕД/кг, разделенная на 4 внутримышечные инъекции с интервалом 6 ч, продолжительность лечения — 8 сут.

12. КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клинико-серологическому контролю (КСР, РИФ-абс.) через 3 мес. после лечения.

Больные первичным, вторичным и ранним скрытым сифилисом обследуются методом КСР один раз в квартал и состоят на клинико-серологическом контроле до полной негативации КСР и затем еще 6 мес., в течение которых необходимо провести 2 обследования (КСР, РИФ-абс.).

Больные поздними формами сифилиса наблюдаются не менее 3 лет. Первый год после окончания лечения пациенты обследуются 1 раз в квартал (КСР, ИФА), затем один раз в 6 мес., при этом специфические реакции (РИФ-абс., при необходимости РИТ, РПГА) исследуются в конце каждого года наблюдения. Решение о снятии с учета или продлении контроля принимается индивидуально.

Больные нейросифилисом должны находиться под наблюдением в течение 3 лет. Контрольные серологические исследования сыворотки крови проводятся первый год ежеквартально, затем один раз в 6 мес. Обязательно проводится динамическое ликворологическое обследование, первый ликворологический контроль проводится через шесть месяцев после лечения. При отсутствии нормализации цитоза и серологических тестов рекомендуется еще один курс лечения. Поскольку уровень белка в ликворе нормализуется медленно (на это может потребоваться 2 года и более), то повышенное содержание белка в СМЖ при нормальных показателях цитоза, отрицательных РСК и РИБТ не является показанием для дополнительного курса лечения. Дальнейший контроль состояния СМЖ проводится один раз в 6 мес., в случаях медленной ее нормализации — до трех лет наблюдения. Стойкая нормализация ликвора является показанием к снятию с учета, даже при сохранении резидуального клинического дефекта.

Инструкция по лечению и профилактике сифилиса

Пациенты с серорезистентным сифилисом, получившие полноценное основное и дополнительное лечение, находятся на клинико-серологическом контроле в течение 3 лет. Обследование проводится так же, как больных поздними формами сифилиса. Если по истечении трехлетнего срока наблюдения у пациента с серорезистентностью, получившего полноценное основное и дополнительное лечение, остаются положительными КСР (РМП) и ИФА, он подлежит снятию с учета с выдачей на руки справки, что у него имеется относительная серорезистентность, что он не нуждается в специфическом лечении и может находиться в стационарах общесоматического профиля (эту справку ему необходимо будет предъявлять при обращении за медицинской помощью в ЛПУ общесоматического профиля).

Дети, родившиеся от матерей, больных сифилисом, но сами не болевшие врожденным сифилисом, подлежат ежеквартальному клинико-серологическому контролю (КСР, РИФ-абс.) в течение 1 года, независимо от того, получали они профилактическое лечение или нет. Однако, если первое контрольное клинико-серологическое обследование в возрасте 3 мес. не выявит специфическую патологию (включая заключения педиатра, невропатолога, окулиста, оториноларинголога и результаты серологических реакций), то второе обследование можно проводить уже в возрасте 1 года, перед снятием с учета (с исследованием КСР, РИФ-абс., РИБТ, ИФА).

Дети, получившие лечение по поводу раннего врожденного сифилиса, находятся на ежеквартальном клинико-серологическом контроле до полной негативации КСР и затем еще 6 мес.

Дети, получившие лечение по поводу позднего врожденного сифилиса, наблюдаются до полной негативации КСР, но не более 3 лет по тем же принципам, что и взрослые, больные поздними формами сифилиса.

Детям, получившим лечение по поводу приобретенного сифилиса, проводят клинико-серологический контроль так же, как и взрослым.

При возникновении клинического или серологического рецидива больные подлежат обследованию у терапевта (с рентгенографией органов грудной клетки), невропатолога, окулиста, оториноларинголога, рекомендуется исследование СМЖ. Лечение таких пациентов проводится по методикам, предусмотренным для вторичного сифилиса или раннего нейросифилиса.

13. СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Серорезистентность — это сохранение стойкой позитивности КСР после полноценного лечения по поводу ранних форм сифилиса. Истинная серорезистентность устанавливается в тех случаях, когда в течение 6–12 мес. после окончания специфической этиотропной терапии РСК с трепонемным и кардиолипновым антигенами и РМП с кардиолипновым антигеном остаются без динамики стойко положительными или титр реактивов снижается меньше, чем в 4 раза. Таким пациентам назначается дополнительное лечение.

Если через 6 мес. после полноценного лечения негативация РСК и РМП не наступила, но отмечается снижение титра реактивов не менее чем в 4 раза или снижение степени позитивности РСК от резко положительной до слабо положительной, то эти случаи рассматривают как замедленную негативацию серореакций. Таких больных наблюдают еще 6 мес., им рекомендуются методики реабилитационного (восстановительного) лечения. Если в течение этого времени продолжается снижение позитивности РСК и РМП, то наблюдение можно продолжить еще 6 мес. и провести еще один курс восстановительного лечения. При отсутствии дальнейшего снижения титров антител и негативации КСР, сохранении позитивности РИФ-абс., ИФА, РИТ этим пациентам устанавливают диагноз «истинная серорезистентность» и проводят дополнительную антибиотикотерапию. Если после 2 курсов восстановительного и 1 курса дополнительного лечения антибиотиками результаты КСР и РИФ-абс. остаются слабо положительными на фоне позитивности ИФА IgM + IgG при отрицательном ИФА IgM и отрицательном РИТ устанавливается диагноз «относительная серорезистентность» и после года наблюдения пациент подлежит снятию с учета (обследование один раз в 6 мес.).

Таким образом, дополнительное лечение антибиотиками больным серорезистентным сифилисом проводится однократно в сроки от 6 до 18 мес. после основного лечения ранних форм сифилиса с учетом динамики КСР. Больные с серорезистентностью должны консультироваться иммунологом с целью оценки состояния иммунной системы и определения путей коррекции выявленных нарушений.

Для дополнительного лечения не могут использоваться препараты бензатинбензилпенициллина (ретарпен, экстенциллин), бициллины, как не обеспечивающие стабильно высокий уровень концентрации антибиотика к крови и тканям организма. Препаратами выбора являются водорастворимый бензилпенициллин, натриевая соль, прокаин пенициллин (новокаиновая соль пенициллина).

Инструкция по лечению и профилактике сифилиса

Методика № 1. Бензилпенициллин, натриевая соль, вводится внутривенно капельно в дозе 6 млн. ЕД 4 раза в сутки с интервалом 6 ч в течение 14 сут. Разовая доза антибиотика разводится в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида, время выполнения каждой инфузии — 75–80 мин. Растворы используются сразу после приготовления.

Методика № 2. Бензилпенициллин, натриевая соль, внутримышечно по 1 млн ЕД 6 раз в сутки с интервалами 4 ч в течение 20 дней.

Методика № 3. Новокаиновая соль пенициллина, по 600 тыс. ЕД внутримышечно два раза в сутки с интервалами 12 ч или прокаин пенициллин по 1,2 млн ЕД внутримышечно в одной инъекции ежедневно, продолжительность лечения — 20 сут.

Альтернативные методики лечения:

Методика № 1. Доксициклин по 0,1 г 2 раза в сутки перорально, в течение 30 сут.

Методика № 2. Цефтриаксон, суточная доза 1,0 г, вводится внутримышечно в одной инъекции ежедневно или по 0,5 г 2 раза в день с интервалом 12 ч в течение 14 дней.

Лечение серорезистентного сифилиса у детей проводится аналогично, учитывая при расчете дозы возраст и массу тела ребенка (детям до 8 лет нельзя применять доксициклин и тетрациклин). Антибиотикотерапия обязательно дополняется иммунокорригирующей и неспецифической терапией, включая физиотерапевтические процедуры, обладающие иммунокорригирующим эффектом: УФО крови, транскутанная надсосудистая лазеротерапия, лазеротерапия крови внутривенно, КВЧ-терапия, микроволновая терапия (по общепринятым методикам).

14. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

14.1. Медицинская реабилитация больных ранними формами сифилиса с замедленной негативацией КСР

Пациентам с замедленной негативацией РСК с трепонемным и кардиолипновым антигенами и РМП с кардиолипновым антигеном при положительных реакциях иммобилизации бледных трепонем и иммунофлуоресценции спустя 6–12 мес. после окончания этиотропного лечения рекомендуется проведение курса восстановительной (реабилитационной) терапии по одной из следующих методик:

Методика №1. Лазеротерапия сфокусированным красным лучом, ППМ 15–20 мВт/см², длина волны 0,632 мкм, на область проекции подчелюстных, подмышечных, паховых лимфатических узлов и области проекции тимуса на груди, длительность облучения каждой области по 3 мин, суммарное время — 21 мин, на курс 12–15 процедур. Одновременно больному назначается 5% масляный раствор ретаболила в виде внутримышечных инъекций по 1 мл один раз в 10 дней (на курс 3 инъекции), антиоксидантный комплекс витаминов по 3 таблетки в день, 0,01% раствор тактивина подкожно через день из расчета 1–2 мкг/кг массы тела, всего 5–8 инъекций, или полиоксидоний 6 мг во флаконе (содержимое флакона растворить в 2 мл физиологического раствора хлорида натрия и вводить внутримышечно через день, на курс 5–10 инъекций). Общая длительность курса лечения — 3 недели.

Методика № 2. Рекомендуется внутримышечное введение тималина по 10 мг (разводить в 1–2 мл изотонического раствора хлористого натрия до получения равномерной взвеси) через день, на курс 6–8 инъекций; или тимогена по 100 мкг (растворить в 1 мл изотонического раствора хлорида натрия) внутримышечно через день, на курс 5–8 инъекций; или полиоксидоний по 6 мг внутримышечно через день, на курс 5–10 инъекций. Одновременно больному назначается аевит по одной капсуле 2 раза в день, аскорбиновая кислота по 0,5 г 3 раза в день, 5% масляный раствор ретаболила в виде внутримышечных инъекций по 1 мл один раз в 10 дней (на курс 3 инъекции). Медикаментозная терапия должна дополняться физиотерапевтическими процедурами, в частности, микроволновой терапией, например, с использованием аппарата ДМВ-20. Плоский дискообразный излучатель диаметром 40 или 100 мм при выходной мощности 10–20 Вт помещают контактно на кожу подлежащего воздействию участка тела. В первый день процедуры проводят на область щитовидной железы (5–8 Вт) и эпигастрия, на другой день — на область проекции надпочечников и эпигастрия. Длительность процедур постепенно возрастает от 10 до 15 мин, на курс 12–15 процедур. Общая длительность курса лечения — 3 недели. Кроме приведенных физиотерапевтических методик, могут использоваться и другие: УФО крови, надсосудистая транскутанная лазеротерапия, лазеротерапия крови внутривенно, КВЧ-терапия (по общепринятым методикам).

14.2. Медицинская реабилитация больных поздними формами сифилиса со стойко положительными серологическими реакциями после проведенного основного курса лечения

Проводится дерматовенерологом совместно с терапевтом, невропатологом или при необходимости психоневрологом, онкологом, эндокринологом, клиническим иммунологом. Она базируется на использовании физиотерапевтических процедур, психотропных, успокаивающих препаратов, средств, нормализующих обменные процессы, усиливающих неспецифический и клеточный иммунитет. Реабилитационные мероприятия начинаются спустя 1 год после окончания основного лечения, проводятся 2–3 месячных курса в течение года. Спустя 2–3 года после основного лечения и проведения реабилитационных мероприятий при отсутствии негативации серологических реакций больному может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение в санаториях терапевтического и неврологического профиля.

15. СНЯТИЕ С УЧЕТА

По окончании клинико-серологического наблюдения больным всеми формами сифилиса проводится полное серологическое: РСК (РМП), РИФ-абс., ИФА, при необходимости РИТ, РПГА и по показаниям клиническое обследование пациентов специалистами (невропатологом, окулистом, оториноларингологом, терапевтом).

Ликворологическое обследование при снятии с учета показано пациентам, лечившимся по поводу нейросифилиса; лицам, у которых к концу клинико-серологического наблюдения появились клинические признаки поражения нервной системы; больным серорезистентным сифилисом, у которых сохраняется истинная серорезистентность к концу клинико-серологического наблюдения.

При снятии с учета детей, получивших лечение по поводу врожденного и приобретенного сифилиса, рекомендуется консультация педиатра, невропатолога, окулиста, отоларинголога и постановка РСК (РМП), РИФ-абс., ИФА, при необходимости РИТ, РПГА. Дети, имевшие патологию в ликворе, должны пройти ликворологическое обследование.

Критериями излеченности являются:

- полноценность проведенного лечения и его соответствие действующим инструкциям;

Инструкция по лечению и профилактике сифилиса

– данные клинического обследования (осмотр кожных покровов и слизистых, при показаниях — состояние внутренних органов, органов зрения, слуха, нервной системы);

– результаты лабораторного (серологического, при показаниях — ликворологического) исследования, при этом наблюдающиеся иногда положительные результаты ИФА в сыворотке крови не являются противопоказанием для снятия с учета при условии наличия стойко отрицательных КСР, РМП, РИТ, РИФ-абс.

Дети, получающие лечение по поводу приобретенного сифилиса, могут посещать детское учреждение после исчезновения клинических проявлений (на фоне специфической терапии) или после окончания стационарного курса лечения.

Больные сифилисом, работники детских учреждений или предприятий общественного питания, получившие стационарное лечение, допускаются к работе после выписки из стационара, а получившие амбулаторное лечение — после регресса клинических симптомов болезни.

16. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СИФИЛИСА И ДРУГИХ ИППП

Индивидуальная профилактика ИППП может осуществляться как в пунктах индивидуальной профилактики венерических заболеваний, так и самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения венерическим заболеванием в результате случайной половой связи. Аутопрофилактика производится с помощью индивидуальных портативных (карманных) профилактических средств в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией. К числу таких средств относятся хлоргексидина биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и др.

Личная профилактика в пунктах индивидуальной профилактики, работающих круглосуточно в кожно-венерологических диспансерах, проводится мужчинам с помощью 2–3% водного раствора протаргола и вышеупомянутых гибитана, цидипола и др., а для женщин используют 1–2% раствор азотно-кислого серебра, гибитан, цидипол, мирамистин.

Методика личной профилактики на пунктах противовенерической помощи у мужчин:

- посетитель выпускает мочу и моет руки водой с хозяйственным мылом;
- тщательно обмывает теплой водой с хозяйственным мылом половой член, мошонку, лобок, бедра, промежность;

Инструкция по лечению и профилактике сифилиса

- после обсушивания все эти места протирают влажным тампоном, пропитанным 0,05% раствором гибитана;
- промывают переднюю часть уретры из кружки Эсмарха 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата или раствором калия перманганата 1:6000 в объеме 0,5 л;
- вводят в уретру 2–5 мл 0,05% раствора хлоргексидина биглюконата и задерживают его в уретре не менее 2–3 мин, зажимая наружное отверстие мочеиспускательного канала; после этой процедуры рекомендуют воздержаться от мочеиспускания не менее 2–3 ч;
- половые органы защищают от загрязненного белья чистой марлевой салфеткой с рекомендацией сменить белье по возвращении домой.

Методика личной профилактики на пунктах противовенерической помощи у женщин:

- посетительница опорожняет мочевой пузырь, обмывает теплой водой с мылом наружные половые органы и обтирает их салфеткой;
- затем обтирают половые органы, лобок, бедра ватным тампоном, пропитанным 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата (гибитана);
- производят спринцевание влагалища раствором перманганата калия 1:6000 или 0,05% раствором гибитана с последующим введением в уретру 2% раствора нитрата серебра;
- после спринцевания через зеркало Куско протирают 2% раствором нитрата серебра влагалище и влагалищную часть шейки матки, затем удаляют зеркало и протирают этим же раствором преддверие влагалища;
- посетительнице выдают марлевую салфетку для защиты половых органов от загрязненного белья, которое необходимо сменить по возвращении домой.

Индивидуальная профилактика в значительной мере обеспечивается также использованием барьерных методов контрацепции (презервативов).

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Клинический (клинико-серологический) рецидив — это повторное появление клинических проявлений сифилиса у леченного больного после исчезновения первоначальных клинических симптомов, при условии исключения реинфекции. Как правило, клинический рецидив происходит на фоне роста позитивности серологических реакций. Клинико-серологические рецидивы чаще наблюдаются спустя 1–9 мес. после лечения сифилиса.

Серологический рецидив — позитивация РСК (РМП), происходящая после перехода этих тестов в отрицательные 3–6 мес. и более тому назад, при отсутствии указаний на реинфекцию.

Реинфекция. Диагноз реинфекции базируется на следующих критериях:

- наличие достоверного первого заражения;
- полноценность лечения по поводу первого заражения, его соответствие действовавшей в то время инструкции по лечению сифилиса;
- полная негативация КСР (РМП), РИТ и стабильно отрицательные их результаты в течение не менее 3–6 мес.;
- выявление нового источника заражения или наличие в анамнезе подозрительного в плане возможности заражения полового сношения за 3–5 недель до появления новой первичной сифиломы или за 2–3 мес. до позитивации серологических реакций (КСР, РМП, РИФ-абс, РПГА);
- классическое течение сифилиса в результате повторного заражения с появлением первичной сифиломы в другом месте;
- обнаружение бледных трепонем с поверхности нового твердого шанкра;
- при диагностике реинфекции в форме вторичного или раннего скрытого сифилиса необходимо учитывать данные анамнеза, конфронтации, полноценность предшествующего лечения, динамику серологических реакций.