

Одобен  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
от «29» марта 2019 года  
Протокол №60

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАННИЙ СИФИЛИС

### 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

#### 1.1 Код(ы) МКБ-10 [1]

Код	Название
A51	Ранний сифилис
A51.0	Первичный сифилис половых органов
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 скрытый сифилис
A51.9	Ранний скрытый неуточненный

**1.2 Дата разработки/пересмотра протокола:** 2014 год (пересмотр 2018 г.)

#### 1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

БДУ	–	без дополнительного уточнения
ЕД	–	единицы
ИФА	–	иммуноферментный анализ
ИХЛА	–	иммунохемолюменисценция
РИФ	–	реакция иммунофлуоресценции
РМП	–	реакция микропреципитации
RPR (РПР)	–	реакция быстрых реагинов
VDRL –		Venereal Disease Research Laboratory test - тест «Исследовательской лаборатории венерических заболеваний»
РПА	–	реакция пассивной гемагглютинации или агглютинации частиц на антитела к трепонеме
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
СДС	–	Центр по контролю и профилактике заболеваний
НКДР	–	не классифицированный в других рубриках
КСК	–	клинико-серологический контроль
ПЦР	–	полимеразная цепная реакция
НТТ	–	нетрепонемные тесты
ЦСЖ	–	цереброспинальная жидкость

**1.4 Пользователи протокола:** дерматовенерологи, гинекологи, врачи общей практики, неврологи, окулисты, стоматологи, психиатры.

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

**1.6 Шкала уровня доказательности:**

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

<b>Уровни доказательств</b>	<b>Описание</b>
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:**

<b>Сила</b>	<b>Описание</b>
<b>A</b>	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и

	демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>В</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
<b>С</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
<b>Д</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

### 1.7 Определение

A51.0 –A51.3 Первичный сифилис - это начальная стадия течения сифилиса, проявляющаяся твердым шанкром, чаще генитальным, с сопутствующим лимфаденитом. Могут встречаться экстрагенитальные и атипичные первичные поражения[1-6].

A 51.3 Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек - это разновидность сифилиса, для которого характерна специфическая сыпь: пятнистые, папулезные, пустулезные и везикулезные сифилиды на коже и/или слизистых оболочках (диффузные и локальные розеолезные и папулезные сифилиды); лейкодерма (пятнистая, сетчатая, мраморная); алопеция (мелкоочаговая, диффузная, смешанная). На фоне вторичных кожных проявлений могут развиваться ранние висцеральные поражения - кардиоваскулярный сифилис, гепатит, гастрит и др., поражения опорно-двигательного аппарата (ночные боли в длинных трубчатых костях конечностей, синовиты, остеоартриты) [1-6].

A51.5 Сифилис скрытый ранний без клинических проявлений с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, давностью менее двух лет после заражения[1-6].

A51.9 Сифилис ранний скрытый неуточненный без клинических проявлений с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, с неопределенной давностью заболевания[1-6].

### 1.8 Классификация (наиболее распространенные подходы, например: по этиологии, по стадии и т.д.) [2-3]:

#### 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

- широкая кондилома;

- сифилитическая алопеция (L99.8);
- сифилитическая лейкодерма (L99.8);
- сифилитические очаги на слизистых оболочках.

По стадии течения:

1. сифилис вторичный свежий
2. сифилис вторичный рецидивный
3. сифилис скрытый ранний

По форме:

1. розеолезный сифилид;
2. папулезный сифилид;
3. сифилитическая алопеция;
4. сифилитическая лейкодерма;
5. очаги поражения на слизистых оболочках;
6. широкая кондилома;
7. пустулезный сифилид

#### A51.4 Другие формы вторичного сифилиса

- воспалительное заболевание женских тазовых органов (N74.2);
- иридоциклит (H22.0);
- лимфаденопатия;
- менингит (G01);
- миозит (M63.0);
- окулопатия НКДР (H58.8);
- периостит (M90.1).

#### A51.5 Ранний сифилис скрытый

#### A51.9 Ранний сифилис неуточненный

## 2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ\*\*

### Диагностические критерии:

**Жалобы:** язва на половых органах, в ротовой полости и других локализациях, увеличение лимфатических узлов, высыпания на коже и слизистых оболочках, выпадение волос

**Физикальное обследование:** наличие твердого шанкра на половых органах и других локализациях, увеличение регионарных лимфатических узлов, высыпания на коже и слизистых оболочках.

### Лабораторные исследования:

#### Основные:

Для диагностики раннего сифилиса используются следующие тесты:

Прямая детекция *Treponema pallidum* - темнопольная микроскопия или ПЦР отделяемого кожи и слизистых при первичном и вторичном сифилисе

ИФА – иммуноферментный анализ

ИХЛА – иммунохемоллюменисценция

РПГА – реакция пассивной гемагглютинации

#### Дополнительные:

При наличии клинических проявлений и отрицательных или сомнительных результатах первого и второго этапа диагностики трепонемными тестами,

рекомендуется провести дополнительно РИФ (реакция иммунофлуоресценции, в том числе в модификациях РИФаbc или РИФ200)

**Исследование цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) при сифилисе раннем скрытом неуточненном**

К рекомендуемым методам исследования ЦСЖ относятся: цитологическое исследование с подсчетом количества форменных элементов, определение количества белка, а также серологические тесты для выявления антител к *T. pallidum*: НТТ, РИФц (РИФ с цельным ликвором), РПГА, ИФА.

Определение в 1 мм<sup>3</sup> ликвора свыше 5 клеток лимфоцитарного ряда свидетельствует о наличии патологических изменений в нервной системе. Содержание белка в ликворе взрослого человека в норме составляет 0,16–0,45 г/л. Трепонемные тесты обладают высокой чувствительностью (90–100%), но недостаточно специфичны и могут быть положительными с ликвором при формах сифилиса, не сопровождающихся поражением нервной системы, однако отрицательные результаты трепонемных тестов с ЦСЖ исключают нейросифилис [2].

**Нетрепонемные (количественные, полуколичественные) тесты используются для контроля излеченности:**

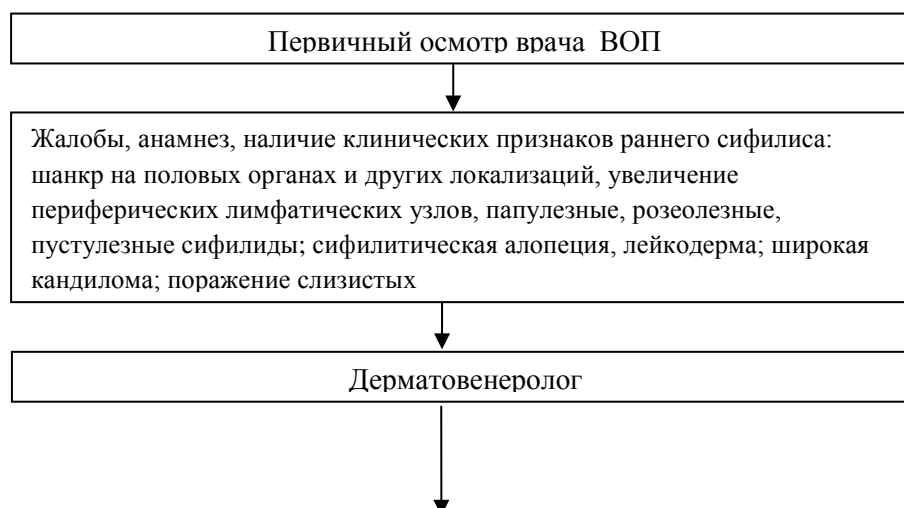
- реакция микропреципитации (РМП) с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги;
- RPR (РПР) – Rapid Plasma Reagins (тест быстрых плазменных реагинов), или экспресс-тест на реагины плазмы
- VDRL – Venereal Disease Research Laboratory test– тест «Исследовательской лаборатории венерических заболеваний»

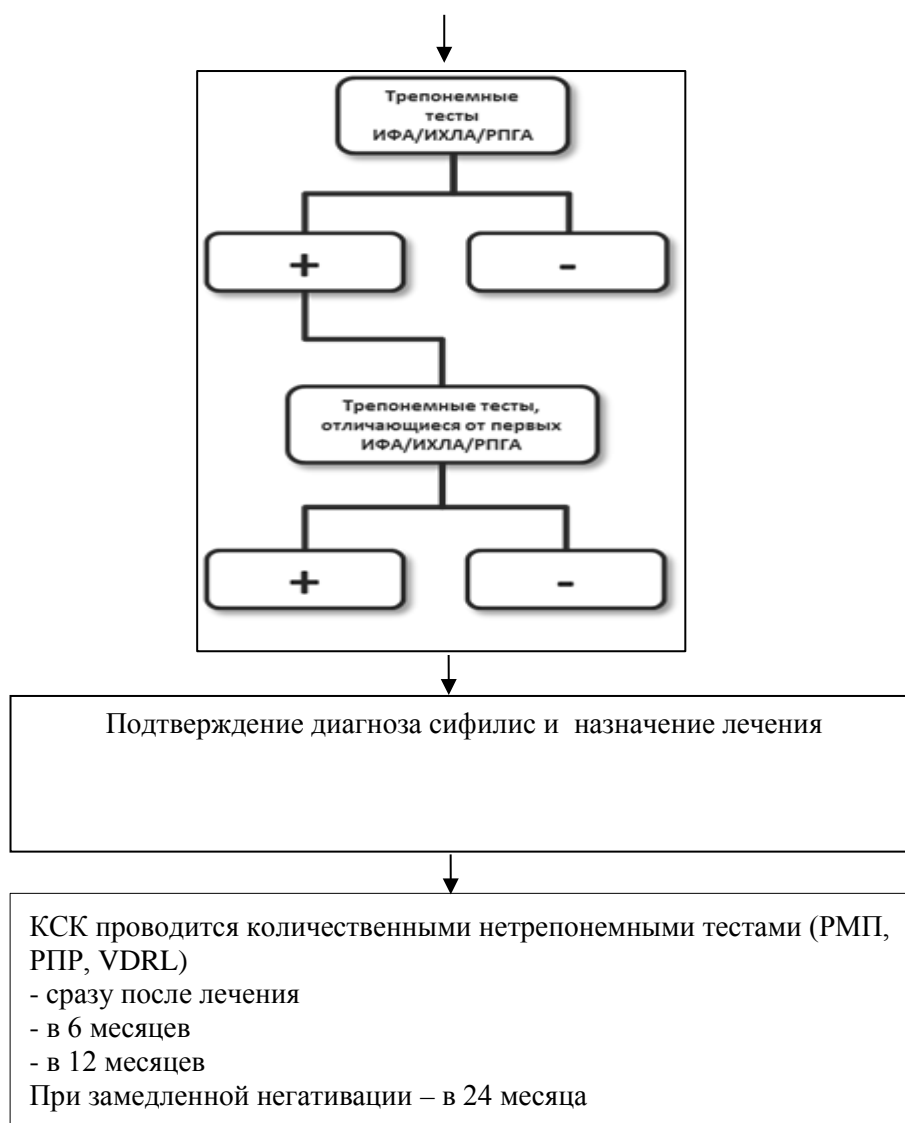
**Показания для консультаций специалистов:** офтальмолога, невролога — по показаниям;

при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и др. — консультации специалистов в соответствии с жалобами и/или патологическими изменениями при инструментальном обследовании.

## 2.1 Диагностический алгоритм: (схема)

**Алгоритм диагностики и клинико-серологического контроля раннего сифилиса [6,7].**





## 2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Таблица 1. Дифференциальная диагностика твердого шанкра при первичном сифилисе

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения
<b>Банальный отек</b>	индуративный отек - атипичная форма шанкра	Один из трепонемных тестов	При сифилисе резко увеличена, уплотнена, при надавливании на область инфильтрата - ямки не оставляет, т. к. уплотнение имеет в основании не скопление жидкости, а клеточный инфильтрат

<b>Вульгарная ангина</b>	шанкр-амигдалит - твердый шанкр расположен на миндалине	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из трепонемных тестов	При сифилисе имеется одностороннее поражение; при этом миндалина резко увеличена и уплотнена, отсутствуют болезненность, повышение температуры тела другие субъективные симптомы; протекает с безболезненным увеличением регионарных лимфоузлов
<b>Панариций</b>	шанкр-панариций - язва на конце пальца кисти (чаще указательного)	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из трепонемных тестов	Предположить первичный сифилис в таких случаях помогает отсутствие выраженного покраснения и наличие плотной инфильтрации пораженной области. Поражение напоминает банальный панариций (может встречаться у медицинских работников - акушерок, врачей гинекологов, хирургов, патологоанатомов)
<b>Эрозивный баланопостит</b>	Отек полового члена	один из трепонемных тестов	боль в области поражения незначительная при сифилисе
<b>Генитальный герпес</b>	Везикулезные высыпания на половых органах, часто эрозивные	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из трепонемных тестов	Простой герпес, в отличие от сифилиса, протекает остро и в большинстве случаев носит рецидивирующий характер. В сомнительных случаях прибегают к лабораторной диагностике и тестируют отделяемое эрозии на наличие бледной трепонемы
<b>Мягкий шанкр</b>	Язва на половых органах	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из трепонемных тестов	В развитом виде у язвы мягкого шанкра округлая или неправильная форма, подрывные, зазубренные, изъеденные, мягкие, несколько нависающие края, неровное, покрытое гноем дно. По периферии язвы расположен острый отечно-воспалительный

		тестов	венчик. При пальпации основание язвы мягкое, лишь при локализации в венечной борозде оно может быть уплотнено. Язвы отличаются склонностью к кровотечению; у мужчин пальпация и даже прикосновение вызывают резкую боль, у женщин болезненность незначительна
<b>Чесотка</b>	Высыпания на половых органах	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из трепонемных тестов	Наличие зуда, который усиливается в вечерне-ночное время и наличие характерных линейных расчесов, небольших папул и положительный симптом Арди позволяют заподозрить наличие чесотки
<b>Венерическая лимфогранулема</b>	Высыпания или язвы на половых органах	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из трепонемных тестов	В области наружных половых органов, появляются множественные папулы, везикулы, пустулы с венчиком гиперемии. Возможно их возникновение на слизистой оболочке прямой кишки, полости рта, миндалинах, пальцах кистей. Через несколько дней элементы эрозируются, сливаются, образуя герпетическую язвочку без инфильтрации, которая заживает в течение недели без образования рубца. Процесс безболезненный
<b>Донованоз</b>	Язва на половых органах	Темнопольная микроскопия тканевой жидкости из язвы или один из трепонемных тестов	На головке полового члена, коже крайней плоти, малых половых губах, в промежности и области ануса и значительно реже — в других местах появляется островоспалительная плотноватая плоская папула или папуловезикула диаметром



		тестов	до 3–4 см. Вскоре в результате размягчения первичного элемента формируется язва. Обычно язвы мягкие на ощупь, почти безболезненные, сочного ярко-розового цвета. Дно язвы имеет зернистую поверхность, края приподнятые и неровные. На поверхности дефекта скудное, серозно-гнойное отделяемое, иногда с примесью крови и с характерным зловонным запахом экссудата
--	--	--------	--

Таблица 2. Дифференциальная диагностика пятнистых высыпаний вторичного сифилиса:

<b>Диагноз</b>	<b>Обоснование для дифференциальной диагностики</b>	<b>Обследования</b>	<b>Критерии исключения диагноза</b>
<b>Краснуха</b>	Высыпания бледно-розового цвета, размером до 2-3 мм, имеют округлую или овальную форму, не склонны к слиянию, часто несколько выстоят над уровнем кожи, существуют 2-3 дня и бесследно исчезают; одновременно аналогичные высыпания бывают на	Один из трепонемных тестов	Высокая температура тела и нарушении общего состояния. Сыпь появляется сначала на лице, затем на шее и распространяется на туловище, иногда беспокоит зуд. При сифилисе субъективных ощущений нет

	слизистой оболочке зева		
<b>Корь</b>	Сначала пятна появляются на лице, шее, туловище, конечностях, в том числе на тыле кистей и стоп; при разрешении пятен появляется шелушение. На слизистой оболочке щек, иногда на губах, деснах возникают точечные белесоватые пятна Филатова-Коплика	Один из трепонемных тестов	Высокая температура тела, общее состояние страдает. Сыпь обильная, крупная, сливающаяся
<b>Брюшной (сыпной) тиф</b>	Розеола при тифах не столь обильны, нередко бывают петехиальным	Один из трепонемных тестов	Высыпания при брюшном и сыпном тифах всегда сопровождаются тяжелыми общими явлениями; отсутствуют первичный склероз, склераденит, полиаденит

	и		
<b>Токсикодермия</b>	Острое начало и течение, яркая окраска элементов сыпи, быстрое присоединение шелушения	Один из трепонемных тестов	Пятна склонны к периферическому росту и слиянию, часто сопровождаются жжением и зудом
<b>Розовый лишай Жибера</b>	Пятна розовато-красного цвета, множественны, покрыты желтоватой чешуйкой, расположены на туловище	Один из трепонемных тестов	Материнская бляшка - овальное, розово-красное пятно размером около 1,5-3,0 см и покрыта тонкой пластинчатой желтоватой чешуйкой, сморщенной подобно мятой папирусной бумаге. Спустя 1-2 недели появляются множество аналогичных пятен, но меньшей величины
<b>Отрубевидный лишай</b>	Пятна цвета кофе с молоком, располагающиеся чаще на верхней части туловища, шелушащиеся	Один из трепонемных тестов	Не воспалительные пятна, склонные к слиянию. При смазывании пятен йодной настойкой, окрашиваются в более темный цвет, чем окружающая кожа
<b>Педикулез</b>	Розеолы серовато-фиолетового цвета, располагающиеся на коже волосистой части головы	Один из трепонемных тестов	Пятна от укусов клопов отличаются от сифилитической розеола серовато-фиолетовым цветом, в центре некоторых пятен есть еле заметная геморрагическая точка; эти пятна не исчезают при надавливании

Таблица 3. Дифференциальная диагностика папулезных высыпаний при вторичном сифилисе:

<b>Диагноз</b>	<b>Обоснование для дифференциальной диагностики</b>	<b>Обследования</b>	<b>Критерии исключения диагноза</b>
----------------	---	---------------------	-------------------------------------

<b>Красный плоский лишай</b>	Папулы плоские, блестящие, полигональные округлой формы, с четкими границами, плотная на ощупь, поверхность гладкая	Один из трепонемных тестов	Папулы плоские, блестящие, полигональные, с пупкообразным вдавлением в центре папулы ливидного цвета. Из-за неравномерного гранулеза на поверхности папул определяется серовато-белая сеточка (сетка Уикхема). Обычно процесс сопровождается сильным зудом
<b>Парапсориаз</b>	Папулы инфильтративные, множественные и чрезвычайно, редко появляются на слизистой оболочке рта	Один из трепонемных тестов	При каплевидном парапсориазе имеется триада симптомов. При поскабливании высыпаний выявляются скрытое шелушение, симптом «облатки», т.е. шелушение имеет вид коллоидной пленки и геморрагии вокруг папулы
<b>Псориаз</b>	Большое количество серебристо-белых пластинчатых чешуек на поверхности папул, также расположенные на туловище	Один из трепонемных тестов	Папулы склонны слиянию, с образованием бляшек, свойствен розовый цвет. Псориатическая триада +
<b>Остроконечные кондиломы</b>	Папулы крупные, возвышаются над уровнем кожи, сливаются, образуют бляшки, поверхность бугристая, неровная	Один из трепонемных тестов	Папулы, напоминающие цветную капусту, с тонкой ножкой, цвет нормальной кожи или розовато-красный
<b>Геморрои-</b>	Широкие	Один из	Геморроидальный узел имеет

<b>дальные узлы</b>	кондиломы расположены на коже и геморроидальные узлы, частично покрыта слизистой оболочкой прямой кишки, а также возможность возникновения сифилитических высыпаний на геморроидальных узлах	трепонемных тестов	мягкую консистенцию, нередко кровоточит, болезненный
<b>Лихеноидный туберкулез</b>	Папулы имеют мягкую консистенцию, желтовато-красный цвет, склонность к группировке, на поверхности образуются чешуйки	Один из трепонемных тестов; туберкулиновые пробы	Туберкулезные процесс начинается преимущественно в детском возрасте, туберкулиновые реакции положительные, нет других признаков сифилиса и серологические реакции отрицательные

Таблица 4. Дифференциальная диагностика пустулезных высыпаний вторичного сифилиса (включая угревидный (акнеподобный), оспенновидный, импетигиозный, эктиматозный, рупиоидный):

<b>Диагноз</b>	<b>Обоснование для дифференциальной диагностики</b>	<b>Обследования</b>	<b>Критерии исключения</b>
----------------	---	---------------------	----------------------------

<b>Вульгарные угри</b>	Фолликулярные папулы, на которых расположена конусообразная пустула диаметром 0,2-0,3 см; гнойный экссудат быстро сохнет в корочку	Один из трепонемных тестов	Характерно острое воспаление, болезненность, выраженная себорея и наличие комедонов. Хроническое течение с частыми рецидивами, возраст больных
<b>Вульгарное импетиго</b>	Образуются фликтены без уплотнения в основании, золотистыми или грязно-серыми корками, при снятии которых обнажается гладкая влажная ярко-красная эрозивная поверхность	Один из трепонемных тестов	Острое начало, быстрое распространение, По периферии наблюдаются «отсевы» со слиянием высыпаний в большие очаги неправильных очертаний
<b>Вульгарная эктима</b>	Пустула без инфильтрации в основании	Один из трепонемных тестов	Первоначально появляется стрептококковая пустула с остро-воспалительной реакцией кожи вокруг и без инфильтрации в основании

Таблица 5. Дифференциальная диагностика сифилитической лейкодермы и сифилитической алопеции при вторичном сифилисе:

<b>Диагноз</b>	<b>Обоснование для дифференциальной диагностики</b>	<b>Обследования</b>	<b>Критерии исключения диагноза</b>
<b>Витилиго</b>	Отсутствие пигмента в очагах поражения	Один из трепонемных тестов	При витилиго отмечается полное отсутствие пигмента в очагах поражения, более крупные размеры очагов депигментации, имеющих склонность к периферическому

			росту и слиянию
<b>Вторичная лейкодерма (обусловленная отрубевидным лишаем)</b>	Депигментные пятна располагаются на туловище	Один из трепонемных тестов	При вторичной лейкодерме, возникающей на месте отрубевидного лишая депигментированные пятна имеют различную форму и величину, склонны к слиянию с образованием очагов, имеющих фестончатые очертания. Вблизи участков депигментации легко выявляются путем смазывания их йодной настойкой слегка шелушащиеся цвета кофе с молоком элементы
<b>Гнездная алопеция</b>	Очаги облысения, резко ограниченные, с блестящей гладкой поверхностью и полным отсутствием волос	Один из трепонемных тестов	Дифференциация часто бывает очень трудной. Однако при гнездной алопеции возникают значительно более крупные, чем при сифилисе, единичные очаги облысения, резко ограниченные, с блестящей гладкой поверхностью и полным отсутствием волос, а также зоной расшатанных волос по периферии

Таблица 6. Дифференциальная диагностика поражений слизистых оболочек рта и гортани при вторичном сифилисе:

<b>Диагноз</b>	<b>Обоснование для дифференциальной диагностики</b>	<b>Обследования</b>	<b>Критерии исключения диагноза</b>
<b>Катаральная ангина</b>	Отечность миндалин, эритема ярко-красная	Один из трепонемных тестов	При катаральной ангине отмечаются боли, повышение температуры тела, отечность миндалин, эритема ярко-красная

<p><b>Лекарственные высыпания (токсикодермия)</b></p>	<p>Поражение захватывают не только душки и миндалины, но и щеки, язык и др. при этом обычно на гиперемизированной отечной слизистой оболочке рта возникают пузыри, быстро превращающиеся в эрозии</p>	<p>Один из трепонемных тестов</p>	<p>Лекарственные высыпания на слизистой оболочке сопровождаются жжением. После прекращения приема вызвавшего их лекарственного средства эти высыпания быстро исчезают</p>
<p><b>Язвенно-некротическая ангина Плаута-Венсана</b></p>	<p>Процесс односторонний. Болезненные язвы покрыты некротическими массами, имеющими грязно-серый цвет, пораженная миндалина увеличена, отмечаются регионарный лимфаденит и лихорадка</p>	<p>Один из трепонемных тестов</p>	<p>В отделяемом легко обнаруживаются возбудители заболевания</p>
<p><b>Кандидоз слизистой оболочки рта</b></p>	<p>После удаления с очагов поражения серовато-белого налета обнажается красные бархатистые эрозии</p>	<p>Один из трепонемных тестов; бактериологические и бактериоскопические исследования</p>	<p>При микроскопии и посеве обнаруживается большое количество дрожжевых клеток</p>
<p><b>Десквамативный глоссит</b></p>	<p>Ярко-красный цвет участков десквамации, белая кайма по их периферии,</p>	<p>Один из трепонемных тестов</p>	<p>Частая миграция высыпаний, хроническое течение заболевания</p>



	фестончатые очертания, отсутствие уплотнения в основании		
<b>Афты</b>	яркая кайма гиперемии вокруг участка некроза, отсутствие инфильтрации, некоторая отечность окружающих тканей	Один из трепонемных тестов	Острое начало, резкая болезненность, кратковременное существование, частые рецидивы
<b>Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ), буллезный пемфигоид, истинная пузырчатка, герпес</b>	Наличие пузырей, эрозий, пузырьков с гиперемией	Один из трепонемных тестов	При этих процессах в основании эрозии отсутствует инфильтрация, высыпания часто сопровождаются тяжелыми субъективными ощущениями. Гиперемия вокруг эрозий (МЭЭ, герпес) имеет ярко-красный цвет и расплывчатые очертания. Эрозии при герпесе имеют полициклические очертания. При МЭЭ, буллезном пемфигоиде и пузырчатке по краю эрозий часто можно видеть обрывки эпителия – остатки покрышки пузыря. При пузырчатке - положительный симптом Никольского и акантолитические клетки в мазках отпечатках с поверхности эрозий, а при МЭЭ и буллезном пемфигоиде можно видеть пузыри, предшествующие эрозиям
<b>Лейкоплакия, папулы красного плоского</b>	Папулы, эрозии на слизистых и на кожных покровах	Один из трепонемных тестов	При указанных патологических состояниях налет при поскабливании снимается с трудом. Очаги лейкоплакии крупнее, не всегда округлой

<p><b>лишай, очаги красной волчанки</b></p>			<p>формы, не инфильтрированы, их поверхность сухая, нет воспалительного венчика по краю очага. Они сохраняются дольше, обычно не располагаются на мягком небе и миндалинах. Папулы при красном плоском лишае имеют серовато-белый цвет, сливаются между собой, образуя сетчатое поражение, которое не свойственно сифилису. При красной волчанке ороговение представляет собой тесно прилегающие друг к другу полоски и точки (частокол), оно формируется на фоне яркой эритемы и сопровождается атрофией, чего не бывает при сифилисе. Кроме того, красная волчанка никогда не поражает изолированно слизистую оболочку, всегда имеются типичные очаги красной волчанки на коже или красной кайме губ</p>
---	--	--	--

### 3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

3.1 Немедикаментозное лечение нет

3.2 Медикаментозное лечение – пенициллины, цефтриаксон, доксициклин [2-5,7-13]

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
<b>Основные препараты</b>			
Антимикробное средство	Бензатин бензилпенициллин G* <sup>^</sup>	Взрослые (в т.ч. беременные): 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в одно введение или 1,2 млн ЕД в 2 введения в каждую ягодицу 1 раз в неделю,	Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств-2а)

		<b>1 доза при первичном сифилисе, 3 дозы при вторичном и скрытом сифилисе в 1 и 8 день;</b> Дети: 50 тыс. ЕД/кг/сутки в 1-2 введения в/м однократно в возрасте старше 2х лет	
или			
Антимикробное средство	Бензатин бензилпенициллин (Бициллин 1)	Взрослые (в т.ч. беременные): 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней 3 дозы при первичном сифилисе, 6 доз при вторичном и скрытом сифилисе	Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств-2а)
или			
Антимикробное средство	Прокаин-бензилпенициллин G**	Взрослые (в т.ч. беременные): 1,2 млн ЕД в/м ежедневно, 10-14 дней	Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств-2а)
<p>*может применяться после регистрации на территории РК, можно разводить 1% лидокаином без эpineфрина для уменьшения дискомфорта связанного с инъекцией, после проведения инъекции следует наблюдать за пациентом в течение 30 минут.</p> <p>^ если вторая доза будет выполнена больше чем 14 дней, то курс лечения начинается заново</p> <p>** может применяться после регистрации на территории РК</p>			
<b>Альтернативные препараты</b>			
Антимикробное средство	Цефтриаксон	Взрослые (в т.ч. беременные): 1,0 г/сутки в одно введение, в/в или в/м 10 дней; Дети: 20-75	Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств-2а)

		мг/кг/сутки в 1-2 введения в/в или в/м 10-14 дней	
Антимикробное средство	Доксициклин <sup>^</sup>	Взрослые: 100 мг в 2 раза в день в течение 20-28 дней	Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств-2а)
Антимикробное средство	Азитромицин <sup>°</sup>	Взрослые (в т.ч. беременные): 2 г 1 раз при первичном сифилисе	Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств-2а)
Антимикробное средство	Эритромицин <sup>°</sup>	Взрослые (в т.ч. беременные): 500мг 4 раза в сутки, в течение 20-28 дней	Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств-2а)
<sup>^</sup> Доксициклин не следует применять у беременных <sup>°</sup> Азитромицин и Эритромицин не проникают через плацентарный барьер, дети, рожденные от матерей, которые получили эти препараты во время беременности, должны получить специфическое лечение			

**3.3** Хирургическое вмешательство: нет.

**3.4** Дальнейшее ведение: нет.

**3.5** Индикаторы эффективности лечения:

Отсутствие жалоб

Регресс высыпаний

Негативация нетрепонемных тестов

#### **4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:**

4.1 Показания для плановой госпитализации: установленный диагноз (при невозможности проведения лечения на амбулаторном уровне, осложненное течение ранних форм сифилиса в т.ч. у беременных, указание в анамнезе на непереносимость антибактериальных препаратов, социальные показания, в частности, для лиц без определенного места жительства.

4.2 Показания для экстренной госпитализации: нет.

#### **5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ**

**5.1** карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента (схемы, алгоритмы);

## Карта наблюдения пациента:

история болезни форма 003/у (приказ №907 от 23 ноября 2010г. МЗ РК)

## Маршрутизация пациента (схема):



## 5.2 Немедикаментозное лечение (режим, диета и пр.);

Режим 2

Стол 15

## 5.3 Медикаментозное лечение [2-5,7-13]

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
<b>Основные препараты</b>			
Антимикробное средство	Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая	Взрослые (в т.ч. беременные): 1 млн ЕД в сутки в/м в 6 введений: При первичном и вторичном свежем сифилисе - 10 дней; при	Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств-2а)

		вторичном рецидивном и скрытом сифилисе - 20 дней	
--	--	---	--

5.4 Хирургическое вмешательство: нет.

5.5 Дальнейшее ведение: нет.

5.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

1. Отсутствие жалоб

2. Регресс высыпаний

3. Негативация нетрепонемных тестов – (РМП/РПР/VDRL) – 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.

4. Критерии неэффективности лечения сифилиса:

- сохранение или рецидив клинических проявлений (клинический рецидив).
- устойчивое повышение в 4 раза и более по сравнению с исходными значениями титра неспецифических серологических реакций

- повторная позитивация НТТ после периода временной негативации при отсутствии данных за реинфекцию (серологический рецидив)

- стойкое сохранение положительных НТТ без тенденции к снижению титров антител в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса (серологическая резистентность).

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

5. Дополнительное лечение

Дополнительное лечение назначается в следующих случаях:

- если через год после полноценного лечения ранних форм сифилиса не произошло 4-кратного снижения титра НТТ;

- если через 1,5 года после полноценного лечения ранних форм сифилиса нет тенденции к дальнейшему снижению титров/степени позитивности НТТ;

- если через 2 года после полноценного лечения ранних форм сифилиса не произошло полной негативации НТТ.

## **7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:**

**7.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

- 1) Абишев Асылхан Туреханович – кандидат медицинских наук, заместитель директора РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний»;
- 2) Утегенова Алия Казиевна – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог отдела клинического мониторинга РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний»;
- 3) Жанжигитова Капиза Жандарбековна – клинический фармаколог, ассистент кафедры внутренних болезней с курсом клинической фармакологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»
- 4) Оспанова Санимбала Алмешевна – кандидат медицинских наук, заведующий отделом Научного менеджмента, международного сотрудничества и образования РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний»;
- 5) Ендибаева Улпан Абдинасировна – преподаватель отдела Научного менеджмента, международного сотрудничества и образования РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний».
- 6) Таубаева Айнур Абимуллаевна – врач эксперт РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний»
- 7) Хабижанов Аскар Болатович – кандидат медицинских наук, доцент, завуч курса дерматовенерологии АО «Национальный медицинский университет»
- 8) Толыбекова Алима Алмасовна – кандидат медицинских наук, заведующей курсом дерматовенерологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»
- 9) Амрина Лейла Казиевна – ассистент кафедры дерматовенерологии АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования»;
- 10) Онгарбаев Азат Бабажанович. – специалист лаборатории РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний».

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

**7.3 Рецензенты:** Ахметова Альмира Каликапасовна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии НАО «Медицинский университет Семей».

**7.4 Указание условий пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет и /или при появлении новых методов диагностики/лечения с более высоким уровнем доказательности.

**7.5 Список использованной литературы:**

1. <http://mkb-10.com/index.php?pid=279>
2. Клинические протоколы РФ  
[http://www.cnikvi.ru/docs/clinic\\_recs/infektsii-peredavaemye-polovym-putem/](http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/infektsii-peredavaemye-polovym-putem/)
3. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015 [http://www.cnikvi.ru/docs/2335\\_maket\\_30.pdf](http://www.cnikvi.ru/docs/2335_maket_30.pdf)
4. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf;jsessionid=FAE094AD4F0E4173BB37F6B6DFD60ADF?sequence=1>

5. 2014 European Guideline on the Management of Syphilis - <https://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2014/2014SyphilisguidelineEuropean.pdf>
6. Diagnosis and Management of Syphilis - David L. Brown, MAJ, MC, USA, and Jennifer E. Frank, CPT, MC, USA/JULY 15, 2003 / Volume 68, Number 2, American Family Physician - DeWitt Army Community Hospital, Fort Belvoir, Virginia  
<https://www.aafp.org/afp/2003/0715/p283.pdf>
7. Analysis of 3 Algorithms for Syphilis Serodiagnosis and Implications for Clinical Management, Man-Li Tong, et al/Clinical Infectious Diseases 2014;58(8):1116–24
8. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women, 2017  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259003/9789241550093-eng.pdf;jsessionid=1421432F6DF53732E9C419B376B283D7?sequence=1>
9. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2010; MMWR59 (No RR-12): 1-110.
10. Clement M.E., Okeke N.L., Hicks C.B. Treatment of syphilis: a systematic review. JAMA, 2014; 312 (18); 1905-1917.
11. Dayan L., Ooi C. Syphilis treatment: old and new. Expert 2005; 6 (13).
12. Holman K.M., Hook E.W. 3rd. Clinical management of early syphilis. Expert Rev Anti Infect Ther, 2013; 11 (8): 839-843.
13. Pichichero M.E., Casey J.R. Safe use of selected cephalosporins in penicillin-allergic patients: a meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg, 2007; 136 (3): 340-347.