**ИНСТРУКЦИЯ ПО ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ СИФИЛИСА**

**П Р Е Д И С Л О В И Е**

За последние годы дерматовенерологии Беларуси накопили большой опыт по оптимизации методов лечения больных различными стадиями и формами сифилиса, работая в соответствии с "Инструкцией по лечению и профилактике сифилиса", утвержденной МЗ СССР 28 декабря 1987 г. В процессе работы шло совершенствование методов лечения с укорочением их продолжительности благодаря повышению разовых и курсовых доз пенициллина, расширился диапозон неспецифической терапии, внедрялись физиотерапевтические методики в комплексную терапию этих больных.

При составлении Инструкции использованы материалы "Инструкции по лечению и профилактике сифилиса", утвержденной Минздравом СССР 28.ХII.1987 г., методических рекомендаций Минздрава России "Лечение и профилактика сифилиса" ( 1993 ), а также материалы кафедр кожных и венерических болезней Минского, Витебского и Гродненского медицинских институтов и Белорусского института усовершенствования врачей, кожно-венерологических диспансеров г. Минска, Брестской, Витебской, Гомельской, Гродненской, Минской и Могилевской областей.

Инструкция подготовлена во исполнение Приказа Минздрава Беларуси № 138 от 20 июля 1993г. "О совершенствовании работы Кожно-венерологической службы Республики Беларусь".

В настоящей Инструкции приводятся несколько вариантов методик стационарного, стационарно-амбулаторного и амбулаторного лечения для каждой стадии сифилиса. Выбор того или иного варианта осуществляется лечащим врачом с учетом конкретной ситуации.

С момента утверждения Минздравом Беларуси настоящей Инструкции утрачивает силу "Инструкция по лечению и профилактике сифилиса", утвержденная Минздравом СССР 28 декабря 1987 года.

**I. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ**

Специфическое лечение назначается больному сифилисом после устранения диагноза. Диагноз устанавливается на основании клинической картины, обнаружения возбудителя заболевания (при соответствующих клинических проявлениях) и результатов серологического исследования (КСР, РИФ, РИТ). Могут использоваться и такие специфические тесты подтверждения диагноза как иммуноферментный анализ ИФА, реакция пассивной гемагглютинации - РПГА.

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

Профилактическое лечение проводят 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 нет возможности подтвердить диагноз убедительными лабораторными данными, а клиническая картина не позволяет исключить возможность сифилитической инфекции.

Больные гонореей с невыявленными источниками заражения подлежат превентивному противосифилитическому лечению в случае невозможности установления за ними диспансерного наблюдения (бомж, бродяги и т.п.).Если у такого больного имеется постоянное место жительства и работы, то превентивное лечение против сифилиса ему не проводится, но после лечения гонореи он должен находиться на клинико-серологическом наблюдении в течение 3 месяцев.

Каждый больной сифилисом проходит в стационаре тщательное клинико-лабораторное обследование. Исследование спинномозговой жидкости с диагностической целью проводится пациентам с клиническими симптомами поражения нервной системы, а также при скрытых и поздних формах сифилиса.

При лечении в стационаре больному сифилисом необходимо проведение общих анализов крови и мочи 1 раз в 10 дней, исследование КСР 1 раз в 10-14 дней, а при сифилисе первичном серонегативном и превентивном лечении - 1 раз в 5 дней. Диагноз первичного серонегативного сифилиса ставится на основании клинических признаков, отрицательных результатов КСР без учета РИФ и реакции Колмера. Если в КСР получен однократно слабо положительный результат, то устанавливается диагноз первичного серопозитивного сифилиса. Окончательный диагноз первичного серонегативного сифилиса может быть поставлен только при выписке больного из стационара.

При резкоположительных результатах исследования КСР и РИФ должно проводиться обязательное определение титра реагинов.

До начала лечения необходимо выяснить вопрос о переносимости препаратов пенициллина (или других антибиотиков) в прошлом и сделать соответствующую запись в историю болезни, например: "указаний на переносимость пенициллина в анамнезе нет". Кроме того, за 30 минут до первой инъекции пенициллина, а также перед каждой инъекцией дюрантных препаратов (например, бициллина-3) следует назначать по 1 таблетке одного из антигистаминных средств.

**II. ПРЕВЕНТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Проводится лицам, имевшим половой или тесный бытовой контакт с больными заразными формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 3 месяцев. Лечение проводится по одной из следующих методик:

МЕТОДИКА №1. Водорастворимый пенициллин вводится по 400 000 ЕД 8 раз в сутки в течение 14 дней, на курс 44 800 000 ЕД.

МЕТОДИКА №2. Лечение проводят внутримышечными инъекциями новокаиновой соли по 600 000 ЕД 2 раза в сутки в течение 14 дней, на курс - 16 800 000 ЕД.

МЕТОДИКА №3. Лечение проводят амбулаторно дюрантными препаратами пенициллина: бициллином-1 или -5 в разовой дозе 1 500 000 ЕД, бициллином-3 - 1 800 000 ЕД, 2 раза в неделю на курс 4 инъекции.

Лицам, у которых с момента контакта с больным сифилисом прошло от 3 до 6 месяцев, проводится двухкратное с интервалом в 2 месяца клинико-серологическое обследование (с исследованием КСР, РИТ, РИФ). Если с момента контакта прошло более 6 месяцев, то проводится однократное клинико-серологическое обследование.

По одной из названных методик проводится также превентивное лечение реципиенту, которому перелита кровь больного сифилисом, если с момента трансфузии прошло не более 3 месяцев. Если прошло от 3 до 6 месяцев, то реципиент подлежит клинико-серологическому контролю (с постановкой КСР, РИФ, РИТ) дважды с интервалом в 2 месяца. Если после переливания крови прошло более 6 месяцев, то проводится однократное клинико-серологическое обследование.

**III. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ СВЕЖИМ СИФИЛИСОМ**

а) Методики для стационарного лечения:

1. МЕТОДИКА №1. Лечение проводится водорастворим пенициллином, вводимым внутримышечно по 400 000 ЕД через 3 часа в течение 14 дней, суммарная доза антибиотика - 44,8 млн. ЕД. Методика показана больным первичным серонегативным сифилисом.

При первичном серонегативном и вторичном свежем сифилисе лечение 16 дней, на 16-ый день через 3 часа после окончания пенициллинотерапии однократно вводят бициллин-3 в дозе 4 800 000 ЕД (по 2 400 000 ЕД внутримышечно двухмоментно в каждую ягодицу) или бициллин-5 в дозе 3 000 000 ЕД с назначением за 30 минут до инъекции 1 таблетки антигистаминного препарата.

2. МЕТОДИКА №2. Новокаиновая соль бензилпенициллина вводится внутримышечно по 600 000 ЕД 2 раза в сутки на протяжении 16 дней. Курсовая доза антибиотика составляет 19 200 000 ЕД.

б) Методика для стационарно-амбулаторного лечения.

Первые 7 дней лечения больных первичным и вторичным свежим сифилисом проводится в стационаре водорастворимым пенициллином по 500 000 ЕД 8 раз в сутки, а затем продолжается амбулаторно бициллином-3 по 2 400 000 ЕД или бициллином-5 по 1 500 000 два раза в неделю (первая инъекция бициллинов производится в стационаре через 3 часа после последней инъекции пенициллина). Всего больные первичным сифилисом получают 4 инъекции бициллина, первичным серопозитивным - 6, вторичным свежим - 8 инъекций. Со второго дня стационарного лечения больные первичным серопозитивным и вторичным свежим сифилисом получают ежедневные инъекции биогенных стимуляторов, например, спленина (по 1 мл внутримышечно, на курс - 15 инъекций) или иммуностимуляторов, например, тимогена (по 1 мл внутримышечно через день, всего 6-7 инъекций).

в) Методика амбулаторного лечения. Лечение проводится одним из дюрантных препаратов пенициллина - 1, -3, -5. Разовая доза бициллина-1 составляет 1 200 000 ЕД, бициллина-3 - 2 400 000 ЕД, бициллина-5 -1 500 000 ЕД. Первая инъекция производится в неполной дозе - 300 000 ЕД, вторая инъекция производится на вторые сутки лечения в полной разовой дозе, последующие инъекции производятся внутримышечно 2 раза в неделю. Число инъекций в полной дозе: сифилис первичный серонегативный - 7, первичный серопозитивный - 8, вторичный вторичный свежий сифилис - 10. Предпочтительнее лечение начать в дневном стационаре водорастворимым пенициллином в дозе 100 000 ЕД, через 3 часа внутримышечно вводится 600 000 ЕД бициллина-3, например, а со второго дня лечения проводится бициллином в полной дозе с указанным выше числом инъекций.

**VI. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ РЕЦЕДИВНЫМ И СКРЫТЫМ РАННИМ СИФИЛИСОМ**

а) Методики для стационарного лечения.

1. МЕТОДИКА №1. Лечение начинают с водорастворимого пенициллина, вводимого внутримышечно по 400 000 ЕД 8 раз в сутки в течение 28 дней. Начиная с третьего дня пенициллинотерапии назначают по 2 мл через день до суммарной дозы 45-50 мл или по 1,5 мл 1 раз в 3 дня до суммарной дозы 16-20 мл (препараты висмута вводятся в подогретом виде внутримышечно, двухмоментно, курс лечения ими заканчивается амбулаторно).

2. МЕТОДИКА №2. Лечение проводится новокаиновой солью пенициллина, по 600 000 ЕД 2 раза в сутки в течение 28 дней.

3. МЕТОДИКА №3. Водорастворимый пенициллин (натриевую соль) применяют в разовой дозе 1000 000 ЕД (пенициллин разводят в 2 мл физиологического раствора или дистиллированной воды) 6 раз в течение 28 дней (курсовая доза 168 000 ЕД).

Лечение по данной методике в комплексе с неспецифической и симптоматической терапией подлежат также больные с серологическими и клиническими рецедивами, больные трансфузионным сифилисом и ранним нейросифилисом, со злокачественным течением сифилиса.

б) Методика для стационарно-амбулаторного лечения.

Лечение начинают в стационаре водорастворимым пенициллином (натриевой солью) внутримышечно в разовой дозе 1 000 000 ЕД (пенициллин разводят в 2 мл физиологического раствора или дистиллированной воды) 6 раз в сутки в течение 14 дней. В дальнейшем лечение продолжают амбулаторно бициллином-3 по 2 400 000 ЕД или бициллином-5 по 1 500 000 ЕД 2 раза в неделю, всего 10 инъекций (первая инъекция бициллина производится в стационаре через 3 часа после последней инъекции пенициллина).Лечение антибиотиками проводится в сочетании с иммуномодуляторами, антиоксидантным комплексом витаминов и гепатопротекторами.

в) Методика амбулаторного лечения. Лечение проводится одним из дюрантных препаратов пенициллина - бициллином-1, -3, -5. Разовая доза бициллина-1 составляет 1 200 000 ЕД бициллина-3 -2 400 000 ЕД, бициллина-5 -1 500 000 ЕД. Первая инъекция производится в неполной дозе - 300 000 ЕД, вторая инъекция производится на вторые сутки лечения в полной разовой дозе, последующие инъекции производятся внутримышечно 2 раза в неделю, всего 15 инъекций. Предпочтительнее лечение начать в дневном стационаре водорастворимым пенициллином в дозе 100 000 ЕД, через 3 часа - 300 000 ЕД на фоне антигистаминных средств, после чего через 3 часа внутримышечно вводится 600 000 ЕД бициллина-3, например, а со второго дня лечение проводится бициллином в полной дозе с указанным выше числом инъекций.

Стационарно-амбулаторное и амбулаторное лечение показано социально адаптированным больным первичным, вторичным свежим, вторичным рецидивным и ранним скрытым сифилисом с давностью болезни до 1 года, без тяжелой сопутствующей патологии, желающим лечиться амбулаторно и обязующимся соблюдать лечебный режим в процессе амбулаторного лечения, последующего клинико-серологического контрольного наблюдения и оказывающим помощь в проведении противоэпидемической работы.

В тех случаях, когда у больных скрытым ранним сифилисом путем конфронтации, изучения анамнеза и по данным лабораторных исследований достоверно установлен срок заболевания, соответствующий первичному серопозитивному или вторичному свежему сифилису, лечение этих больных можно проводить по методикам, рекомендуемым для терапии указанных стадий сифилиса.

Специфическое лечение больных вторичным и ранним скрытым сифилисом рекомендуется сочетать с неспецифической терапией и физиотерапевтическими процедурами.

**V. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИДОВ**

При наличии у больного гигантских, язвенных, множественных шанкров, широких кондилом, пустулезно-язвенных сифилидов рекомендуется использовать примочки с 0,05%-ым раствором хлоргексидина в физиологическом растворе с содержанием пенициллина 100 000 ЕД в 1 мл жидкости. Эти примочки применяются до полной эпителизации или рубцевания сифилидов.

Для ускорения рассасывания плотного лимфоидного инфильтрата в основании сифилидов рекомендуется смазывать их гепариновой мазью 3 раза в день или ежедневное смазывание этих сифилидов до полного рассасывания инфильтрата смесью: подофиллина, раствора диметилсульфоксида и глицерина в соотношении 1 : 5 : 5.

Благотворное действие на рубцевание язвенных шанкров и рассасывание лимфоидного инфильтрата в их основании, на ускорение сроков рассасывания широких кондилом и сроков санации сифилических эктим оказывают облучения гелий-неоновым лазером. Длина волны 0,632 мкм. Можно использовать аппарат "Люзар", облучение ведется сфокусированным красным светом, выходная мощность 15-20 мВт/см2, на каждый элемент по 5-10 минут ежедневно, всего 10-15 процедур.

**VI. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА**

Больные сифилисом должны обследоваться на ВИЧ и другие инфекции, передаваемые половым путем (хламидиоз, уреаплазмоз и др.).

При наличии у больного сифилисом гонореи лечение проводится в течение 14 дней, препарат принимается антибиотиками, активными как в отношении гонококка, так и бледной трепонемы (препараты пенициллина, доксициклин, сумамед).

При сочетании ранних форм сифилиса и хламидийной инфекции, либо сифилиса, гонореи и хламидийной инфекции рекомендуется лечение сумамедом (азитромицином). Лечение проводится в течение 14 дней, препарат принимается по 0,5г 1 раз в день (или по 0,25г 2 раза в день) через 2 часа после еды или за 1 час до еды. В первый день лечения доза сумамеда составляет 1г, принимаемая в один или два (утром и вечером) приема.

При выявлении у больного трихомониаза лечение его проводится одновременно с противосифилитической терапией.

При выявлении у больного ВИЧ-антитал он направляется для дальнейшего лечения и постоянного наблюдения в региональный Центр по лечению СПИДа с рекомендациями по лечению сифилиса.

**VII. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СКРЫТЫМ ПОЗДНИМ СИФИЛИСОМ (ПРИОБРЕТЕННЫМ И ВРОЖДЕННЫМ)**

Лечение начинают с подготовки бийохинолом по 2 мл через день внутримышечно до получения 12-14 мл препарата, после чего присоединяют пенициллинтерапию по 400 000 ЕД через 3 часа в течение 28 дней. Общую дозу бийохинола доводят до 45-50 мл. Бийохинол может быть заменен бисмоверолом, который применяют по 1 мл через день внутримышечно, на курс 18-20 мл. После 30-дневного перерыва назначают второй аналогичный курс пенициллин-висмутовой терапии, при этом пенициллин может быть заменен бициллином. Бициллин-1 вводят по разовой дозе 1 200 000 ЕД, бициллин-3 - в дозе 2 400 000 ЕД, бициллин-5 - в дозе 1 500 000 ЕД, инъекции 2 раза в неделю, на курс 8 инъекций. При наличии противопоказаний к назначению висмутовых препаратов, лечение проводят тремя курсами пенициллина по 400 000 ЕД через 3 часа в течение 21 дня, с интервалом 2 недели между курсами. Перед началом первого курса в течение 10 дней проводят подготовку эритромицином, тетрациклином или олететрином по 0,5 4 раза в день. При проведении третьего курса вместо растворимого пенициллина возможно применение бициллинов в указанных выше дозах, на курс 7 инъекций. Лечение больных поздним скрытым сифилисом следует сочетать с широким применением неспецифических средств и физиотерапевтических процедур.

Лечение больных скрытым неуточненным сифилисом рекомендуется проводить индивидуализированно (аналогично позднему или раннему скрытому сифилису).

**VIII. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИСЦЕРАЛЬНЫМ И ТРЕТИЧНЫМ СИФИЛИСОМ**

Лечение больных висцеральным сифилисом должно включать в себя, помимо специфических, также неспецифические и симптоматические препараты и проводиться под наблюдением терапевта.

Специфическое лечение больных висцеральным и третичным сифилисом проводится по схеме позднего скрытого сифилиса с более продолжительной подготовкой бийохинолом, до дозы препарата 20 мл. При лечении поздних сифилитических гепатитов, а также специфических поражений почек и мочевыводящих путей препараты висмута не назначают. В остальных случаях вопрос о применении висмута решается индивидуально.

При сифилитическом аортите, осложненном аневризмой аорты или недостаточностью аортальных клапанов, подготовка бийохинилом должна начинаться с разовой дозы 1 мл (3 инъекции), с последующим повышением до 1,5 мл (3 инъекции), затем до 2 мл. По получении 25-30 мл препарата присоединяют пенициллинотерапию и ее начинают с разовой дозы 50 000 ЕД через 3 часа. Повышение разовой дозы проводится через день по следующей схеме: 50 000 - 100 000 - 200 000 - 400 000 ЕД. Длительность пенициллинотерапии составляет 28 дней. После 30-дневного перерыва назначают второй курс пенициллино-висмутовой терапии, с использованием бисмоверола (16-20 мл на курс). Если после 2 пенициллин-висмутовых курсов остаются клинические симптомы заболевания, целесообразно назначить дополнительно два курса висмутовой терапии, один из которых проводят бийохинилом (40-50 мл на курс), другой - бисмоверолом (16-20 мл на курс).

При противопоказаниях к применению висмута подготовка проводится эритромицином или олететрином по 0,5 4 раза в день в течение 2 недель. При наличии противопоказаний к назначению висмутовых препаратов лечение проводят тремя курсами пенициллина по 400 000 ЕД через 3 часа в течение 21 дня, с интервалом 2 недели между курсами. На втором и третьем курсе с самого начала разовая доза пенициллина составляет 400 000 ЕД.

Специфическое лечение висцерального сифилиса проводится под контролем функционального состояния пораженного органа (анализы крови, мочи, биохимические пробы, показатели свертывающей системы крови, ЭКГ и т.д.).

Выбор метода лечения при гуммозном поражении зависит от локализации гуммы и общего состояния больного. При третичном сифилисе с локализацией гуммы на коже лечение проводится аналогично позднему скрытому сифилису.

**IX. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ**

При ранних формах нейросифилиса лечение проводится по методике N3 для стационарного лечения больных вторичным рецидивным сифилисом. Для повышения концентрации пенициллина в спинно-мозговой жидкости целесообразно применение препаратов, задерживающих выведение антибиотика из организма, в частности, пробенецида по 0,5 х 4 раза в день, или этамида по 1,05 (3 табл.) х 4 раза в день в течение 10 дней.

Больные поздним нейросифилисом, за исключением больных с атрофией зрительных нервов, подлежат лечению по схемам позднего скрытого сифилиса. Каждый курс специфической терапии необходимо дополнять витаминами, общеукрепляющими и стимулирующими средствами. Лечение следует проводить под наблюдением невропатолога и окулиста: первые два курса в стационаре, а при атрофии зрительных нервов - все 3 курса в стационаре.

При первичной атрофии зрительных нервов первый курс лечения начинают с витаминного насыщения: 1) прием внутрь витамина А по 33 000 МЕ 2 раза в сутки в любых перечисленных ниже формах: драже или таблетки ретинола ацетата, масляный раствор ретинола ацетата в капсулах, таблетки или масляный раствор ренола пальмитата; 2) прием комплекса витаминов в виде смеси в порошке: кислоты аскорбиновой 0,15, кислоты никотиновой 0,05, кислоты глютаминовой 0,5, рибофлавина 0,025; 3) прием кальция пангамата 0,1 (по 2 таблетки 3 раза в день) или кальция глицерофосфата по 0,1 х 3 раза в день. Внутримышечно назначают инъекции витаминов В1 (тиамин хлорид 5% - 2 мл ежедневно, N30), В6 (пиридоксин 5% - 1 мл через день, N15), В12 (по 200 мкг ежедневно, N30); натриевой соли аденозинтрифосфорной кислоты по 1-2 мл в комбинации с экстрактом алоэ (1 мл) или стекловидным телом (2 мл) N30, ежедневно. Параллельно начинают пенициллинотерапию с малых доз (50 000 ЕД), с дальнейшим их повышением на 50 000 ЕД через день (50 - 100 - 150 - 200 000 ЕД). Пенициллин в разовой дозе 200 000 ЕД применяют в течение недели, после чего разовую повышают до 400 000 ЕД. Длительность пенициллинотерапии 28 дней.

В дальнейшем проводят еще 2 курса пенициллинотерапии в разовой дозе 400 000 ЕД через 3 часа в течение 28 дней. Интервалы между курсами - 1 месяц. Параллельно со специфической терапией в каждом курсе следует проводить неспецифическую, стимулирующую и витаминотерапию, необходимо систематическое наблюдение окуиста.

**X. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТОВ ПЕНИЦИЛЛИНА**

Для лечения больных сифилисом, профилактического и превентивного лечения при непереносимости препаратов пенициллинового ряда могут быть применены антибиотики широкого спектра действия: тетрациклин, олететрин, эритромицин, сумамед или доксициклин.

Для превентивного лечения эритромицин, тетрациклин и олететрин применяют по 0,5 4 раза в день, доксициклин в капсулах по 0,1 3 раза в день в течение 14 дней.

При свежих формах сифилиса эти антибиотики в тех же дозах применяют на протяжении 20 дней при первичном сифилисе, 25 дней - при вторичном свежем. При вторичном рецидивном и раннем скрытом сифилисе рекомендуются 2 курса по 30 дней названных антибиотиков в указанных дозах, интервал между курсами 2 недели (лучше в сочетании с одним курсом солей висмута).

При непрерывности препаратов бензилпенициллина возможно применение полусинтетических пенициллинов-оксациллина, ампициллина. Так , оксациллин назначают внутримышечно по

1 000 000 ЕД на инъекцию (доза разводится в 5-6 мл дистиллированной воды) четыре раза в сутки, при свежих формах сифилиса на протяжении 14 дней, при вторичном рецидивном и скрытом раннем - 28 дней.

При одновременной непереносимости пенициллина, эритромицина и тетрациклинов лечение может быть проведено цефазолином (цефамизином). Препарат применяют внутримышечно по 1,0 шесть раз в сутки в течение 14 дней при первичном серонегативном, 16 дней - при первичном серопозитивном и вторичном свежем сифилисе, 28 дней - при вторичном рецидивном и скрытом раннем сифилисе.

При лечении свежих форм сифилиса можно применять сумамед (азитромицин) перорально по 0,25 два раза в день или по 0,5 один раз в день в течение 14 дней.

При позднем скрытом сифилисе возможно сочетание препаратов висмута с антибиотиками резерва (по тому же принципу, как и с препаратами пенициллина), либо лечение только этими антибиотиками в объеме 2-3 курсов. Длительность курса антибиотикотерапии - 28 дней, перерыв между курсами - 2 недели при применении только антибиотиков, 4 недели - при их сочетании с висмутом.

**XI. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ**

У больных сифилисом выявлено снижение активности реакции фагоцитоза и Т-клеточного иммунитета. Учитывая это, а также патоморфоз возбудителя, современные особенности клинического течения сифилитической инфекции, применяемые короткие пермаментные схемы лечения больных необходимо использовать неспецифические средства и физиотерапевтические методики, оказывающие общеукрепляющее действие и помогающие организму побороть инфекцию. Неспецифическая терапия особенно показана при вторичном рецидивном, раннем и позднем скрытом сифилисе, нейровисцеросифилисе, при злокачественном течении сифилиса, при замедленной негативации серореакции.

К методам неспецифической терапии относятся: пиротерапия, инъекции пирогенных стимуляторов, витамонотерапия, а также иммуномодуляторы - препараты, стимулирующие или корригирующие иммунологические процессы в организме. Выбор средств неспецифической терапии проводится индивидуально после лабораторного и клинического обследования больного с учетом показаний и противопоказаний к тому или иному препарату.

Пиротерапия приводит к усилению процессов теплопродукции, улучшению условий крово- и лимфообращения в пораженных органах и тканях, активации гистиоцитарно-ретикулярной системы, усилению фагоцитоза, ферментативной и секреторной деятельности желудка и слюнных желез. Среди пирогенных препаратов наиболее апробированы и рекомендуются пирогенал и продигизан.

Пирогенал - сложный полисахаридный комплекс - назначается в виде внутримышечных инъекций в верхне-наружный квадрат ягодицы, в начальной дозе 5-10 мкг, с постепенным повышением на 10-30 мкг на инъекцию, доводя до 120-150 мкг в зависимости от реакции организма. Препарат вводится 1 раз в 2-3 дня, всего на курс лечения 10-15 инъекций.

Продигиозан - липополисахарид, близкий по действию на организм к пирогеналу, вводится внутримышечно 2 раза в неделю в дозах от 25 до 100 мкг; всего на курс 4-6 инъекций.

Биогенные стимуляторы (ФиБС для инъекций, взвесь и экстракт плаценты для инъекций, спленин, плазмол, стекловидное тело, полибиолин) назначают виде подкожных инъекций по 1 мл ежедневно в течение 10 дней и более (до 20 дней). Спленин вводят внутримышечно ежедневно по 2 мл в течение 10 дней,полибиолин (содержимое флакона - 0,5г - растворяют в 5 мл 0,25-0,5% раствора новокаина) вводят внутримышечно ежедневно по 5 мл раствора в течение 10 дней. Витамины С, группы В, аевит применяют одновременно со специфическим лечением на протяжении всего курса лечения. Аскорбиновую кислоту применяют по 0,2г 3 раза в день, аевит в капсулах по 1 капсуле 3 раза в день. Витамины В1, В6 и В12 в виде ампульных растворов вводятся внутримышечно через день, на курс 10-15 инъекций. Отдельным больным сифилисом необходимо включать в комплексную терапию адаптогенные препараты - пантокрин, экстракт элеутерококка, родиолы розовой, настойки женьшеня, настойки лимонника. Иммунокорригирующую терапию желательно проводить под контролем иммунограммы. С целью стимуляции или коррекции иммуных процессов у больных сифилисом могут использоваться левамизол (декарис), метилурацил, нуклеинат натрия, пирроксан, тактивин, тималин, тимоген.

Левамизол (декарис) повышает функциональную активность фагоцитов и Т-лимфоцитов. Препарат назначается по 150 мг ежедневно в течение 3 дней с последующим перерывом в течение 4 или 7 дней, всего 2-3 таких цикла (под контролем количества крапивницы, тошноты, рвоты, токсического воздействия на эритроциты и лейкоциты.

Метилурацил ускоряет процессы клеточной регенерации, стимулирует клеточные и гуморальные факторы резистентности. Его назначают циклами по 0,5 г 4 раза в день в течение 10-14 дней с 5-7-дневными перерывами, всего 2-3 цикла.

Нуклеинат натрия повышает функциональную активность иммунокомпетентных клеток, стимулирует факторы неспецифической резистентности организма. Препарат назначают двухнедельными циклами по 0,1г 3 раза в день с недельным перерывом.

Пирроксан в комплексной терапии сифилиса применяется, главным образом, у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Он обладает детоксирующим действием, купирует явления алкогольной абстиненции, улучшает усвоение кислорода тканями. Он применяется внутрь в таблетках по 0,015г 3 раза в день, двумя десятидневными курсами с перерывом в 7-10 дней.

Тактивин и тималин - препараты полипептидной природы, выделенные из тимуса крупного рогатого скота. При иммунодефицитных состояниях эти препараты нормализуют количественные и функциональные показатели Т-системы иммунитета, стимулируют продукцию лимфокинов, восстанавливают активность Т-киллеров, функциональную активность стволовых гемопоэтических клеток, усиливают фагоцитоз, нормализуют другие показатели клеточного иммунитета. Введение иммуномодуляторов целесообразно начинать с 10-12-14-го дня антибиотикотерапии.

Тактивин вводится подкожно по 1 мл 0,01% раствора один раз в день 3 дня подряд, затем 2 раза в неделю, на курс - 6-8 инъекций.

Тималин вводится внутримышечно по 10 мг (разводить в 1-2 мл изотонического раствора хлорида натрия до получения равномерной взвеси) через день, на курс 6-8 инъекций.

Тимоген - синтетический пептид-глютамилтриптофан. Он нормализует число Т-хелперов, восстанавливает соотношение иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов. Тимоген вводится внутримышечно по 100 мкг (растворить в 1 мл изотонического раствора хлорида натрия) 2 раза в неделю, на курс 5-8 инъекций.

**XII. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Физиотерапевтические методики лечения, включаемые в комплексные схемы лечения больных сифилисом, имеют те же показания, что и неспецифическая терапия. К физиотерапевтическим методикам, рекомендуемым к включению в комплексные схемы лечения больных сифилисом, относятся: индуктотермия поясничной области с одновременным назначением этимизола; магнитотерапия паравертебрально; микроволновая (дециметровая) терапия на область проекции надпочечников, щитовидной железы и солнечного сплетения; лазеротерапия на иммуногенные зоны.

При использовании индуктотермии поясничной области с одновременным использованием этимизола лечение начинают со 2-3 дня пенициллинтерапии назначением этимизола по 0,1 три раза в день, через день присоединяются сеансы индуктотермии поясничной области. С этой целью используется отечественный аппарат с частотой колебаний 13,56 МГц и силой тока 150-200 мкА. Сеансы индуктотермии проводят через день, начиная с экспозиции 10 минут с последующим постепенным увеличением их до 20 минут. На курс 8-10 процедур.

Магнитотерапия проводится на аппарате "Полюс-1", индукторы располагаются вдоль позвоночника на расстоянии 25-30 см один от другого контактно без зазора. Переключатель интенсивности поля устанавливают в положение 3, форма тока синусоидальная, режим непрерывный. Процедуры продожительностью 15-30 минут проводят ежедневно: один день на область шейногрудных симпатических узлов, другой день - на пояснично-крестцовую область, число процедур - 16-25.

Противопоказаниями для назначения магнитотерапии являются вегетативные полиневриты, вызванные воздействием магнитных полей в производственных условиях, мастопатии.

Микроволновая терапия проводится на аппарате ДМВ-20 (Ранет) или на аппарате "Волна-2". Используется плоский дискообразный излучатель диаметром 40 или 100 мм при выходной мощности 15-20 Вт при слаботеплавом ощущении. Излучают помещают на расстоянии не более 5 см от поверхности кожи подлежащего воздействия участка тела. В один день процедуры отпускаются на область щитовидной железы и эпигастрия, другой день - на область надпочечников и эпигастрия. Длительность первых процедур 10 минут, постепенно они увеличиваются до 15 минут, на курс - 15-16 процедур.

Противопоказания к назначению ДМВ-терапии являются злокачественные образования, беременность, гипертоническая болезнь ПБ и III стадий.

Лазеротерапия проводится на аппарате "Люзар" сфокусированным красным лучом, выходная мощность 15-20 мВт/см2, длина волны 0,632 мкм, путем облучения подчелюстных, подмышечных, паховых лимфатических узлов и области проекции тимуса на грудине, длительность облучений - по 3 минуты, суммарная доза 21 минута, на курс - 15 процедур.

**XIII. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ И ПРЕВЕНТАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ**

При выявлении у беременных первичного или вторичного свежего сифилиса специфическое лечение проводится пенициллином по 400 000 ЕД через 3 часа в течение 14 дней, привыявлении вторичного рецидивного или раннего скрытого сифилиса - в тех разовых или суточных дозах в течение 28 дней. При установлении скрытого позднего сифилиса проводится лечение тремя курсами пенициллина по 67 200 000 ЕД на курс, в разовых дозах по 400 000 ЕД через 3 часа, с интервалом между курсами 7-10 дней.

Для профилактики врожденного сифилиса рекомендуется двухкратное серологическое обследование беременных: в первой половине беременности (при явке к акушеру-гинекологу для взятия на учет по беременности) и во второй ее половине (на 6-7 месяцах, но не позднее оформления декретного отпуска). При получении у беременных положительных результатов КСР необходимо провести исследование сыворотки крови на РИТ и РИФ. При положительных результатах этих тестов беременная подлежит стационарному обследованию и лечению в соответствии с установленным диагнозом. При отрицательных результатах РИТ и РИФ беременная должна находиться на клинико-серологическом контроле с ежемесячным исследованием КСР, РИТ и РИФ до родов и в течение 3 месяцев после них.

Беременные, болевшие сифилисом в прошлом, подлежат проведению профилактического лечения во время каждой беременности до снятия с учета. Если все серологические реакции (КСР, РИТ, РИФ) негативировались до наступления беременности, то профилактическое лечение не проводится.

После снятия с учета профилактическое лечение проводится при первой беременности женщинам с серорезистентностью. Женщины, получившие превентивное противосифилитическое лечение, профилактическому лечению в период беременности не подлежат.

Профилактическое лечение беременных проводится по одной из следующих методик:

МЕТОДИКА №1. Водорастворимый пенициллин вводится по 400 000 ЕД 8 раз в сутки в течение 14 дней. Курсовая доза 44800000 ЕД.

МЕТОДИКА №2. Лечение проводится одним из дюрантных препаратов пенициллина - бициллином-1, - 3, или -5 в дозе 1200000 ЕД (2400000 ЕД и 1 500 000 ЕД соответственно) 2 раза в неделю, всего 8 инъекций.

Предпочтение должно быть отдано лечению по методике №1, проводимому в условиях стационара. Растворимый пенициллин обеспечивает более высокую концентрацию антибиотика в организме матери и в тканях плода.

При невозможности госпитализировать беременную следует воспользоваться методикой №2, более длительной по времени.

Если специфическое лечение начато в поздние сроки беременности, то профилактическое лечение проводят с интервалом не более 2 недель после основного или без перерыва. Если специфическое лечение проведено в ранние сроки беременности, то профилактическое лечение должно быть начато не позднее VI-VII месяца беременности.

Превентивное лечение беременных, находившихся в контакте с больными заразными формами и ранним скрытым сифилисом, проводится в соответствии с настоящей инструкцией (см. раздел "Превентивное лечение").

При лечении беременных с непереносимостью препаратов пенициллинового ряда нецелесообразно применять эритромицин, так как, оказывая хороший клинический эффект у матери, он недостаточно проникает через плаценту и не предупреждает возникновения врожденного сифилиса у ребенка. Препараты тетрациклинового ряда предупреждают врожденный сифилис, но откладываются в костной ткани и зубах плода. Поэтому целесообразно использовать у беременных оксациллин, который вводят внутримышечно по 1 000 000 ЕД с интервалами в 6 часов, 4 раза в сутки, на протяжении 14 или 28 дней в зависимости от стадии заболевания.

**XIV. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СИФИЛИСА У ДЕТЕЙ**

Превентивное, профилактическое и специфическое лечение детей проводится препаратами пенициллина. Для детей в возрасте до 2 лет используются натриевая и новокаиновая соли пенициллина, у детей старше 2 лет могут использоваться и бициллины. Суточная доза пенициллина (натриевой и новокаиновой солей) исчисляется из расчета 100 000 ЕД/кг детям в возрасте до 6 месяцев, 75 000 ЕД/кг - в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 50 000 ЕД/кг - старше 1 года. Суточная доза делится на 6 равных разовых доз для водорастворимого пенициллина и на 2 дозы для новокаиновой соли его.

Бициллины-1, -3, -5 вводят по 300 000 ЕД 1 раз в сутки. При хорошей переносимости после нескольких инъекций можно перейти на введение по 600 000 ЕД 1 раз в 2 суток (по 300 000 ЕД в каждую ягодицу).

Длительность превентивного лечения составляет 2 недели, профилактического - 2-4 недели (см. ниже), специфического при раннем врожденном сифилисе - 4 недели, при позднем врожденном - 4 недели антибиотикотерапии в сочетании с висмутовыми препаратами. Длительность лечения приобретенного сифилиса у детей при свежих формах заболевания составляет 2 недели, при вторичном рецидивном и скрытом раннем - 4 недели.

При непереносимости пенициллина можно использовать оксациллин или ампициллин.

Оксациллин назначают внутримышечно в следующих суточных дозах: новорожденным - 240 мг/кг массы тела, детям в возрасте до 3 месяцев - 200 мг/кг, от 3 месяцев до 2 лет - 1,0 в сутки, от 2 лет и старше - 2,0 г в сутки.

Возможно применение оксациллина внутрь, за 1 час до еды или через 2-3 после нее в следующих суточных дозах: новорожденным - 90-150 мг/кг, в возрасте до 3 месяцев - 200 мг/кг, от 3 месяцев до 2 лет и старше - 2,0 г в сутки.

Ампициллина натриевую соль применяют внутримышечно в следующих дозах: новорожденным - 100 мг/кг, остальным детям - 50 мг/кг, максимально - 2,0 в сутки. Суточную дозу делят на 4-6 инъекций.

Ампициллин в таблетках применяют внутрь в тех же дозах, независимо от приема пищи. Суточную дозу делят на 4-6 приемов.

В случае непереносимости полусинтетических пенициллинов возможно использование эритромицина детям в возрасте от 1 года до 3 лет - в дозе 0,4 в сутки, 3-6 лет - 0,5-0,75, 6-8 лет - 0,75, 8-12 лет - до 1,0 в сутки. Препарат дают равными дозами 4-6 раз в сутки.

Для предупреждения аллергических реакций до начала и во время лечения следует назначать антигистаминные препараты, препараты кальция. На 2-3-й день лечения и в конце курса необходимо исследовать кровь на КРС.

**ПРЕВЕНТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Превентивное лечение проводится детям дошкольного возраста во всех случаях, когда установлена возможность заражения детей при тесном бытовом контакте с больными заразными формами сифилиса, включая ранний скрытый сифилис, при этом детям до 3-летнего возраста - в обязательном порядке. Для более старших детей вопрос о лечении решается индивидуально, с учетом формы сифилиса, локализации высыпаний и степени контакта с ребенком.

Превентивное лечение проводится, если с момента последнего контакта с больным прошло не более 3 месяцев. При более длительном сроке ребенку необходимо провести полное клиническое и серологическое (КСР, РИТ, РИФ, ИФА) обследование. При отсутствии у ребенка клинических и серологических проявлений заболевания лечения не проводится, но ребенок подлежит повторному обследованию через 6 месяцев с момента последнего контакта с больным.

В случае переливания детям крови от доноров, больных сифилисом, назначается лечение по схеме первичного серопозитивного сифилиса в сроки до 3 месяцев после переливания. Получившие лечение снимаются с учета в кожно-венерологическом диспансере после двухлетнего наблюдения.

В случаях, когда имел место половой контакт больного сифилисом с ребенком, превентивное лечение ребенку следует проводить, исходя из схем превентивного лечения взрослых, дозами антибиотиков, соответствующими возрасту.

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Дети, рожденные матерями, больными, болевшими сифилисом или находившимся во время беременности в тесном контакте с больными заразными формами сифилиса, подлежат клиническому, серологическому и рентгенологическому обследованию в первые три месяца жизни. Обязательными обследованиями являются: консультация педиатра, дерматовенеролога, невропатолога, отолоринголога, окулиста, исследование крови (КСР, РИФ, РИТ), рентгенография костей конечностей. При наличии клинических неврологических изменений показано проведение спинномозговой пункции.

Для профилактического лечения применяется пенициллин. При непереносимости пенициллина назначается лечение полусинтетическими антибиотиками (оксациллином, ампициллином) или препаратами цефалоспорринового ряда в среднетерапевтических дозах.

Не подлежат профилатическому лечению дети, родившиеся от матерей, болевших сифилисом, получивших полноценное специфическое лечение до беременности и профилатическое лечение в период беременности, а также в случае, если мать до беременности получила полноценное специфическое лечение, а у родившегося ребенка отсутствуют клинические, рентгенологические и серологические проявления заболевания. Родившийся ребенок не подлежит лечению, если у матери серорезистентность, при условии, что мать получила полноценное специфическое лечение до беременности, дополнительное, а также профилактическое лечение во время беременности, при отсутствии у ребенка клинических и серологических признаков сифилиса.

Дети матерей, больных сифилисом, не получивших специфического лечения, подлежат профилактическому лечению по схеме раннего врожденного сифилиса, даже при отсутствии у детей клинических и серологических проявлений заболевания.

Профилактическое лечение в течение 2 недель из расчета суточной дозы антибиотика 100 000 ЕД на 1 кг массы тела ребенка (суточная доза вводится в 6 приемов, через каждые 4 часа) проводится детям, рожденным матерями, лечение которых начато у матери отрицательных результатов КСР, но мать не получила профилактического лечения, а у родившихся детей отсутствуют клинические, серологические и рентгенологические проявления сифилиса.

Профилактическое лечение в течение 3 недель из расчета суточной дозы антибиотика 100 000 ЕД на 1 кг массы тела ребенка проводится детям, родившимся от матерей, специфическое лечение которых начато во второй половине беременности или в последние месяцы беременности, закончено до родов, а также у матерей, получивших неполноценное специфическое лечение, а серологические реакции у всех этих матерей остались положительными, и у детей отсутствуют клинические, серологические и рентгенологические проявления сифилиса.

Если ребенок впервые обследуется в возрасте старше 1 года, то при отрицательных результатах обследования лечение ему не проводится. В сомнительных случаях рекомендуется пенициллинотерапия продолжительностью в 2 недели.

**СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ СИФИЛИСОМ**

Лечение детей, больных ранним врожденным сифилисом, проводится натриевой или новокаиновой солью бензилпенициллина в условиях стационара (разовые и суточные дозы указаны выше). Длительность лечения составляет 28 дней.

Лечение детей, больных поздним врожденным сифилисом, проводится препаратами пенициллина в сочетании с висмутом, по типу позднего скрытого сифилиса у взрослых. Лечение начинают бийохинилом или бисмоверолом, которые вводятся внутримышечно 2 раза в неделю в возрастной дозировке (см. табл. 1).

Таблица 1.

Разовые и курсовые дозы препаратов висмута при лечении

детей, больных поздним врожденным сифилисом

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Бийохинолы в мл | Бисмоверол в мл |
| Возраст | разовая доза | курсовая доза | разовая доза | курсовая доза |
| до 3 лет | 0,5-1,0 | 12,0-15,0 | 0,2-0,4 | 4,0-4,8 |
| от 3 до 5 лет | 1,0-1,5 | 15,5-20,0 | 0,4-0,6 | 6,0-8,0 |
| от 6 до 10 лет | 1,0-2,0 | 20,0-25,0 | 0,4-0,8 | 8,0-10,0 |
| от 11 до 15 лет | 1,0-2,0 | 25,0-30,0 | 0,6-0,8 | 10,0-12,0 |

По достижении 1/4 курсовой дозы бийохинила его введение прерывают и переходят на инъекции растворимого пенициллина или его новокаиновой соли. Суточная доза рассчитывается по массе тела ребенка (см. выше). Продолжительность пенициллинотерапии - 28 дней.

По окончании введения антибиотика продолжают лечение препаратами висмута до достижения курсовой дозы. После 30-дневного перерыва назначают второй аналогичный курс пенициллин-висмутовой терапии, при этом пенициллин может быть заменен бициллином (в соответствующих возрастных дозах).

При непереносимости препаратов пенициллина назначаются оксациллин, ампициллин или эритромицин. Одновременно с антибиотикотерапией рекомендуется прием нистатина и антигистаминных препаратов.

**ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННОГО СИФИЛИСА У ДЕТЕЙ**

Лечение проводится препаратами пенициллина по принципу лечения сифилиса у взрослых. Расчет суточной дозы антибиотика проводится, как указано в начале данной главы. Длительность терапии при первичном и вторичном свежем сифилисе - 14 дней, вторичном рецедивном и скрытом раннем - 28 дней. При позднем скрытом проибретенным сифилисе лечение проводится так же, как при позднем врожденном.

**XV. КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ**

Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, снимаются с наблюдения сразу после окончания превентативного лечение, в сомнительных случаях подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после лечения.

Если превентивное лечение проводилось в связи с переливанием крови от больного сифилисом, то клинико-серологический контроль

проводится ежеквартально в течение 1 года. Лица, перенесшие гонорею и другие болезни, передающиеся половым путем, без выявленного и обследованного источника заражения, а также лица, подвергшиеся половому насилию и не получившие превентативного противосифилитического лечения подлежат клинико-серологическому контролю в течение 6 месяцев, с периодичностью обследования 1 раз в квартал.

Больные первичным серонегативным сифилисом подлежат ежеквартальному клинико-серологическому контролю в течение 6 месяцев.

Больные первичным серопозитивным и вторичным свежим сифилисом, у которых негативация КСР произошла в течение первых 3 месяцев после окончания лечения находятся на ежеквартальном клинико-серологическом контроле в течение 1 года. при замедленной негативации КСР (в сроки до 1 года) клинико-серологическое наблюдение продолжается до 2 лет.

Больные вторичным рецидивным и ранним скрытым сифилисом, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 3 лет, при условии, что последние 1,5 года наблюдения КСР были стабильно отрицательными. Клинико-серологический контроль проводится ежеквартально в течение 2 лет, в дальнейшем - 1 раз в 6 месяцев. При замедленной негативации КСР, а также при отсутствии в течении 3 лет тенденции к снижению позитивности РИТ, РИФ, ИФА больные снимаются с учета после 5 лет клинико-серологического контроля.

Больные третичным, поздним скрытым неуточненным, висцеральным и нейросифилисом подлежат клинико-серологическому наблюдению в течение 5 лет. Клинико-серологический контроль проводят ежеквартально в течение 2 лет, в течение третьего года - 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем - 1 раз в год. Если негативация КСР, РИФ, РИТ, ИФА (подтвержденная повторно отрицательными результатами через 6 месяцев) произошла ранее, то пациент может быть снят с учета до окончания этого срока.

Больные с развившейся серорезистентностью, получившие полноценное основное и дополнительное лечение, при благоприятных данных обследования специалистов, находятся на клинико-серологическом контроле 5 лет. По усмотрению врача срок контроля может быть продлен до 10 лет.

Дети, получившие профилактическое лечение в связи с заболеванием матерей, находятся на ежеквартальном клинико-серологическом контроле в течение 1 года. Дети, не подлежащие профилактическому лечению, также должны находиться на контроле 1 год.

Дети, получившие специфическое лечение по поводу как раннего, так и позднего врожденного сифилиса, подлежат клинико-серологическому наблюдению в течение 3 лет: первые 2 года КСР исследуют ежеквартально, на третьем году 1 раз в 6 месяцев.

Детям, получившим лечение по поводу приобретенного сифилиса, клинико-серологическое наблюдение проводиться по тем же принципам, что и у взрослых.

При возникновении клинического или серологического рецидива больные подлежат обследованию терапевта (с ретгенографией органов грудной клетки), невропатолога, окулиста, отоларингтолога; рекомендуется исследование спинно-мозговой жидкости. Лечение проводится в объеме, предусмотренном для вторичного рецидивного сифилиса по любой из методик с назначением неспецифической терапии и физиотерапевтических процедур.

Серорезистентность после законченного лечения по поводу ранних стадий сифилиса устанавливается в тех случаях, когда в течение года после окончания терапии РСК с трепонемным и кардиолипиновым антигенами остается стойко положительной или титр реагинов снижается менее чем в 4 раза. Таким больным назначается дополнительное лечение.

Если через год после полноценного лечения негативация РСК не наступила, но наблюдается снижение титра реагинов более 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 месяцев, проводят им восстановительное лечение. Если в течение этого времени негативация КСР не наступает, проводят дополнительное лечение.

Среди методик восстановительного лечения рекомендуются к использованию сочетания тималина, аевита, аскорбиновой кислоты, ретаболила (по 1 мл 5%-го масляного раствора внутримышечно 1 раз в 10 дней, всего 3-4 инъекции) с микроволновой терапией - 15-20 процедур (методика приведена в разделе "Физиотерапевтическое лечение"); тактивина, аскорбиновой кислоты, аевита, ретаболила с магнитотерапией паравертебрально - 15-20 процедур; лазеротерапия на иммуногенные зоны в сочетании с карсилом, аевитом, аскорбиновой кислотой и ретаболилом, длительность курса лечения 3 недели. При необходимости проводится повторный курс восстановительного лечения по другой методике через 30-45 дней. Показания к проведению восстановительного лечения является отсутствие негативации РСК в течение 6 месяцев после окончания специфического лечения.

У детей вопрос о серорезистентности следует решать через 6 месяцев после окончания лечения. При отсутствии к этому сроку снижения титра реагинов по РСК и МРП проводят дополнительное лечение, при наличии снижения позитивности КСР оставляют ребенка без лечения еще на 6 месяцев.

Дополнительное лечение проводится бензилпенициллином по 1 000 000 ЕД внутримышечно 6 раз в сутки в условиях стационара в течение 28 дней в сочетании с витаминами А,С,Е, иммуномодуляторами, физиотерапевтическими процедурами. По окончании пенициллинотерапии следует провести 1-2 курса висмутовых препаратов (при отсутствии противопоказаний).

В отдельных случаях дополнительное лечение может быть проведено амбулаторно одним из бициллинов (-1, -3, -5) в дозах 1 200 000 ЕД, 2 400 000 ЕД и 1 500 000 ЕД соответственно, 2 раза в неделю в сочетании с неспецифической терапией, например, инъекциями пирогенала. Всего проводится 12 инъекций бициллинов.

Детям дополнительное лечение проводится в стационаре пенициллином в течение 28 дней в суточных дозах, предусмотренных для детей данной инструкцией, в сочетании с неспецифической терапией. Желательно также использование висмутовых препаратов в дозировках, указанных в таблице №1.

При непереносимости пенициллина дополнительное лечение проводится антибиотиками резерва. При отсутствии негативации КСР после дополнительного лечения повторно дополнительное лечение не проводится. Срок клинико-серологического контроля исчисляется от момента окончания основного лечения.

При сохранении положительного КСР после полноценного лечения поздних форм сифилиса вопрос о серорезистентности не ставится. Таким больным можно провести 1-2 курса восстановительного лечения, дополнительное лечение не проводится.

РИТ, РИФ, ИФА (РПГА) исследуется у больных всеми формами сифилиса через 6 месяцев после окончания лечения и затем ежегодно до снятия с учета.

**XVI. СНЯТИЕ С УЧЕТА**

По окончании клинико-серологического наблюдения больные всеми формами сифилиса подлежат рентгенологическому и полному клиническому (осмотр невропатолога, окулиста, отоларингтолога и терапевта) обследованию. Необходимо сопоставить данные этого обследования с данными, полученными при установлении первоначального диагноза, отраженными в выписке из истории болезни.

Ликворологическое обследование при снятии с учета проводится пациентам, лечение которых было начато по поводу раннего или позднего нейросифилиса; лицам, у которых в процессе клинико-серологического контроля появились какие-то клинические проявления специфического поражения нервной системы; лицам с серорезистентностью, сохраняющейся к концу клинико-серологического наблюдения.

При снятии с учета детей, получивших лечение по поводу врожденного и приобретенного сифилиса рекомендуется обследование, включающее консультации педиатра, невропатолога, окулиста, отоларингтолога, рентгенограммы трубчатых костей (при наличии в анамнезе костной патологии), постановку КСР, РИТ, РИФ (ИФА).

Критериями излеченности выступает:

а) качество проведенного лечения и его соответствие действующими инструкциями;

б) данные клинического (кожные покровы, слизистые, внутренние органы, нервная система и органы чувств) и рентгенологического обследования;

в) результаты лабораторного (серологического и при показаниях ликворологического) исследования.

Больные сифилисом, работники детских учреждений и предприятий общественного питания допускаются к работе сразу после выписки из стационара по окончанию лечения, а получавшие амбулаторное лечение - после исчезновения всех клинических проявлений заболеваний.

Дети, получившие лечение по поводу приобретенного сифилиса, допускаются в детские учреждения после окончания лечения.

**XVII. ПРОФИЛАКТИКА ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

а) Общественная профилактика

В Республике Беларусь действует государственная система борьбы с распространением венерических заболеваний, включающая в себя лечебно-диагностические, диспансерные, противоэпидемические, юридические, в том числе и законодательные мероприятия.

Общественная профилактика борьбы с сифилисом в Республике Беларусь базируется на обязательном учете больных сифилисом и другими венерическими болезнями; на обязательном привлечении к лечению в течение 24 часов с момента установления диагноза больных заразными формами сифилиса в кожно-венерологических учреждениях республики; обследовании всех лиц, находившихся в половом и бытовом контакте с заболевшим сифилисом; бесплатном лечении всех больных сифилисом; применении единых методов диагностики и схем терапии больных сифилисом и при показаниях - контактных с больными лиц; принудительном освидетельствовании и лечении лиц, которым такие меры показаны и которые уклоняются от добровольного их применения; контрольном наблюдении за пациентами после окончания лечения до снятия их с учета; сохранении врачебной тайны; наказуемости за действия, способствующие распространению венерической инфекции больными, знающими о своем заболевании; пропаганде санитарно-гигиенических знаний по профилактике венерических заболеваний; участии в борьбе с распространением венерических болезней других заинтересованных ведомств и организаций.

С целью охраны здоровья населения, предупреждения трансфузионного и врожденного сифилиса, раннего активного выявления больных профилактическим обследованиям на сифилис подлежат доноры, беременные, больные психо-неврологических, терапевтических и других стационаров для взрослых, работники детских учреждений, пищевых предприятий, автопарков и некоторых других учреждений. Порядок, методика обследования, перечень контингентов обследуемых регламентируются специальной инструкцией Минздрава, согласованной с БРК профсоюзов. Обязательному обследованию с применением серологических методов подвергаются группы риска, определенные соответствующими документами. При необходимости могут проводиться целевые медицинские осмотры отдельных контингентов населения.

Делу профилактики венерических заболеваний служат научно-исследовательские разработки новых, более совершенных методов диагностики, лечения и предупреждения сифилиса и оперативное внедрение их в практическое здравоохранение.

б) Личная профилактика

Она осуществляется как в пунктах индивидуальной профилактики венерических заболеваний, так и самостоятельно лицом, имевшим случайную половую связь и таким образом подвергшимся опасности заражения венерическим заболеванием.

Аутопрофилактика производится с помощью индивидуальных портативных (карманных) профилактических средства в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией. К числу таких средств относятся хлоргексидин биглюконат, цидипол, мирамистин и другие.

Личная профилактика может быть осуществлена круглосуточно также в пунктах индивидуальной профилактики, имеющихся в кожно-венерологическом диспансерах. Профилактика проводится мужчинам с помощью 2-3% водного раствора протаргола и вышеупомянутых гибитана, цидипола и др. Для женщин используют раствор сулемы 1:1000, раствор перманганата калия 1:5000, 1-2%-ый раствор азотнокислотного серебра, гибитан, цидипол.

С целью личной профилактики венерических болезней рекомендуется также использование презервативов.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://med-lib.ru/>