

Одобен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «3» октября 2019 года
Протокол №74

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
A54	Гонококковая инфекция
A54.0	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных или придаточных желез (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит)
A54.1	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных или придаточных желез. Гонококковый абсцесс больших вестибулярных желез
A54.2	Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (Воспалительные заболевания органов малого таза - ВЗОМТ у женщин (N74.3); эпидидимит (N51.1), орхит (N51.1), простатит (N51.0).
A54.3	Гонококковая инфекция глаз (конъюнктивит (H13.1), иридоциклит (H22.0), гонококковая офтальмия новорожденных)
A54.4	Гонококковая инфекция костно-мышечной системы (артрит (M01.3), бурсит (M73.0), остеомиелит (M90.2), синовит (M68.0), теносиновит (M68.0))
A54.5	Гонококковый фарингит
A54.6	Гонококковая инфекция аноректальной области
A54.8	Другие гонококковые инфекции (абсцесс мозга (G07), эндокардит (I39.8), менингит (G01), миокардит (I41.0), перикардит (I32.0), перитонит (K67.1), пневмония (J17.0), сепсис, поражение кожи)
A 54.9	Гонорея неуточненная

1.2 Дата разработки протокола: 2014 год (пересмотр 2019 г.)

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

ИППП	–	инфекции, передающиеся половым путем
------	---	--------------------------------------

РКИ	–	рандомизированное контролируемое исследование
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ВЗОМТ	–	воспалительные заболевания органов малого таза
МСМ	–	мужчины с мужчинами
ГК	–	гонококковый конъюнктивит
ГФ		гонококковый фарингит
МАНК	–	методы амплификации нуклеиновых кислот
ПЦР	–	полимеразная цепная реакция
РНК	–	рибонуклеиновая кислота
ДНК	–	дезоксирибонуклеиновая кислота
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
АМП	–	антимикробный препарат
МНН	–	международное непатентованное название
в/м	–	внутримышечно
г	–	грамм
мл	–	миллилитр
мг	–	миллиграмм
р-р	–	раствор

1.4 Пользователи протокола: дерматовенерологи, гинекологи, урологи, врачи общей практики.

1.5 Категория пациентов: взрослые, дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

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

	мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7 Определение [1-4]: Гонококковая инфекция – инфекционное заболевание человека, вызываемое гонококками (*Neisseria gonorrhoeae*) - грамотрицательными диплококками, представляющими собой бобовидной формы, неподвижные, не образующие спор гноеродные бактерии.

Гонококковая инфекция поражает, главным образом, эпителий уретры, шейки матки, прямой кишки, глотки и конъюнктивы. Наиболее часто инфекция локализуется в очаге первичного заражения, но также может наблюдаться восходящий процесс, приводящий к развитию воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), орхоэпидидимита или бактериемии.

1.8 Классификация:

Общепринятой клинической классификации не существует. В клинической практике гонококковая инфекция различается:

По течению:

- свежая;
- хроническая;
- латентная.

По остроте процесса:

- острая;
- подострая;
- торпидная.

По тяжести течения:

- неосложненная;
- осложненная.

Пути передачи: половой при генитогенитальных, аногенитальных, орогенитальных, оро-анальных контактах; вертикальный - интранатальный.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ [1-5]:

2.1 Диагностические критерии [1-3]:

Клиническая картина гонореи обусловлена развитием воспалительного процесса слизистой оболочки урогенитального тракта.

Бессимптомное течение заболевания встречается как у женщин (до 50% случаев), так и у мужчин (до 10%). Инфекции прямой кишки и глотки протекают бессимптомно в большинстве случаев.

Анамнез:

При сборе анамнеза выясняется:

- предполагаемый источник инфицирования пациента;

- время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником заражения до появления субъективных симптомов (от 1 суток до 1 месяца);
- количество половых партнеров и результаты их обследования.

Дополнительно уделяется также внимание данным акушерско-гинекологического, урологического и полового анамнеза; данным аллергологического анамнеза; данным о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев; наличию соматических заболеваний, применению и методам контрацепции.

Жалобы:

Женщины.

Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания.

При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*:

- гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;
- зуд, жжение в области наружных половых органов, вульвы, наружного отверстия уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

Мужчины.

- гнойные или слизисто – гнойные выделения из уретры;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- зуд, жжение в области уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- боль в промежности с иррадиацией в прямую кишку;
- болезненность в области наружного отверстия уретры.

Физикальное обследование.

Женщины.

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или гнойные уретральные выделения;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;
- отечность, гиперемия и эрозии слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала;
- гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез;
- гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;
- болезненность и отечность в области протоков вестибулярных желез при пальпации;

- наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

Мужчины.

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры;
- наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

При гонококковом поражении аноректальной области, глотки, глаз у лиц обоего пола могут иметь место клинические проявления.

Субъективные симптомы:

- при локальном поражении прямой кишки: зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или красноватого цвета;
- при локализации процесса выше анального отверстия: болезненные тенезмы, болезненность при дефекации, гнойные выделения из прямой кишки, нередко с примесью крови, вторичные запоры;
- чувство сухости в ротоглотке;
- боль, усиливающаяся при глотании;
- осиплость голоса;
- резкая болезненность пораженного глаза;
- слезотечение;
- отечность век;
- светобоязнь;
- обильное гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

Объективные симптомы:

- гиперемия кожных покровов складок анального отверстия;
- слизисто - гнойное или гнойное отделяемое из прямой кишки;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин с зернистой поверхностью и пленчатыми наложениями;
- отечность век;
- гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек пораженного глаза;
- обильное гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

Дети.

Для детей характерна выраженная клиническая картина и многоочаговость поражения. У младенцев, рожденных инфицированными матерями, возможно инфицирование и развитие конъюнктивита (более чем у 40% новорожденных).

Лабораторные исследования [1-3,5]:

Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований - обнаружении *N. Gonorrhoeae* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:

- ***Микроскопическое исследование***

Микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму. Метод обладает высокой чувствительностью (90-100%) и специфичностью (90-100%) при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с манифестными проявлениями гонококковой инфекции. Характеризуется низкой чувствительностью (45-64%) при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции.

- **Культуральное исследование**

Культуральное исследование, характеризующегося высокой специфичностью, с возможностью видовой идентификации возбудителя и определения чувствительности к антимикробным препаратам.

В связи с тем, что существующие на рынке среды для идентификации гонококков обладают разными показателями чувствительности и специфичности, в лаборатории должен обеспечиваться контроль качества при выборе этого метода диагностики гонококковой инфекции.

- **Молекулярно-биологические методы исследования**, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. Gonorrhoeae* (УД - А).

Методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) характеризуются более высокой чувствительностью по сравнению с микробиологическим посевом ($\geq 90\%$) [13,14]. МАНК могут использоваться при работе с образцами мочи, самостоятельно полученными вагинальными образцами, а также цервикальными и уретральными образцами.

У детей диагноз гонококковой инфекции устанавливается на основании результатов культурального и/или молекулярно-биологических методов исследования.

Некоторые доступные коммерческие тесты позволяют одновременно выявлять как *N. gonorrhoeae*, так и *C. Trachomatis*.

Инструментальные исследования: нет.

Показания для консультации специалистов:

- консультация акушера-гинеколога – при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных, больных гонококковой инфекцией;
- консультация уролога – с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы, при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимоорхита, простатита;
- консультация офтальмолога, оториноларинголога, проктолога, ревматолога, у детей – неонатолога, педиатра - с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования.

2.2 Диагностический алгоритм:

Алгоритм диагностики гонококковой инфекции

Молекулярно-	Микроскопия (по Граму)	Культуральные исследования
--------------	------------------------	----------------------------

биологические (МАНК)		1) форма; 2) расположение; 3) окраска		
ДНК <i>Neisseria gonorrhoeae</i> обнаружена	ДНК <i>Neisseria gonorrhoeae</i> не обнаружена	1) диплококк, имеющий форму кофейного зерна и располагающийся попарно вогнутыми сторонами друг к другу; 2) внутриклеточное расположение диплококков; 3) красное-розовое (грамотрицательный диплококк)	Первичная идентификация (визуальная оценка вида колоний; окраска материала из подозрительных колоний по Граму; проведение оксидазного теста)	
		обязательно наличие всех трех признаков (+++), при этом внутриклеточное расположение диплококков обязательно!	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> выделены	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> не выделены
		да (+++)		
		нет (++-; +-+; -++)		
		грамотрицательные внутриклеточные и/или внеклеточные диплококки, морфологически сходные с гонококками обнаружены	грамотрицательные внутриклеточные и/или внеклеточные диплококки, морфологически сходные с гонококками не обнаружены	Видовая идентификация (изучение ферментативной активности; иммунологические тесты; молекулярно-биологические методы). Проводится при выделении оксидазоположительных грамотрицательных диплококков, для окончательной диагностики <i>N. gonorrhoeae</i> , специально полученных из экстрагенитальных локализаций, а также для гонококков, которые должны быть характеризованы серологическими методами и методами генетического типирования и/или затем исследованы на антибиотикочувствительность

2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1-4]:

Дифференциальный диагноз проводят с другими специфическими урогенитальными инфекциями, обусловленными патогенными (*C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*) и условно-патогенными микроорганизмами (грибы рода *Candida*, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

Дифференциальный диагноз гонококкового эпидидимоорхита проводят с водянкой яичка, инфекционным эпидидимоорхитом иной этиологии

(туберкулезным, сифилитическим, хламидийным и др.), опухолью органов мошонки, с перекрутом ножки яичка и др.

Дифференциальный диагноз гонококковой инфекции верхних отделов половой системы женщин проводят с внематочной беременностью, эндометриозом, осложненной кистой яичника, заболеваниями органов брюшной полости (панкреатитом, холециститом и др.).

Основные клинико-лабораторные дифференциально-диагностические признаки *N. Gonorrhoeae*.

Оцениваемые параметры	Гонококковая Инфекция	Микоплазменная инфекция	Хламидийная инфекция	Урогенитальный трихомониаз	Бактериальный вагиноз	Урогенитальный кандидоз
Выделения из половых путей	Слизистогнойные или гнойные без запаха	Слизистые или слизистогнойные без запаха	Слизистые мутные или слизистогнойные без запаха	Серо-желтого цвета, пенистые с неприятным запахом	Гомогенные беловато-серые, с неприятным запахом	Белые, творожистые, сливкообразные, с кисловатым запахом
Гиперемия слизистых оболочек мочевого тракта	Часто	Часто	Преимущественно слизистой оболочки шейки матки	Часто	Редко	Часто
Зуд/жжение в области наружных половых органов	Часто	Редко	Редко	Часто	Редко	Часто
Дизурия	Часто	Часто	Часто	Часто	Редко	Редко
Диспареуния	Часто	Часто	Часто	Часто	Редко	Часто
РН вагинального экссудата	3,8 — 4,5	3,8 — 4,5	3,8 — 4,5	Может быть > 4,5	>4,5	3,0 — 3,8
Микроскопия	Грамотрицательные диплококки	Оценка признаков воспаления (лейкоцита	Для верификации и диагноза не	Присутствие <i>T. Vaginalis</i>	Наличие «ключевых» клеток	Грибы <i>Candida</i> с преобладанием

	с типичным и морфологи- ческими и тинкториа- льными свойствам и	рная реакция, количество эпителиаль- ных клеток)	проводится			ем мицелия и почкующихс- я дрожжевых клеток
Культур- альное исследо- вание	<i>N. Gonorrhoe- ae</i>	-	<i>C. Trachomatis</i>	<i>T. Vaginalis</i>	Преобладани- е <i>G. Vaginalis</i> и облигатно- анаэробных видов	Рост колоний <i>Candida</i> в титре более 10^3 КОЕ/мл
Молеку- лярно- биологи- ческие методы исследо- вания	<i>N. Gonorrhoe- ae</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>	<i>C. Trachomatis</i>	<i>T. Vaginalis</i>	<i>G. Vaginalis</i>	<i>Candida albicans</i>

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1-3,6,7,8]:

3.1 Немедикаментозное лечение:

- режим 2;
- стол №15 (общий)

3.2 Медикаментозное лечение:

Цели лечения:

- эрадикация *N. gonorrhoeae*;
- исчезновение клинических симптомов заболевания;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным. Ниже представлен алгоритм ведения больных гонореей.

Алгоритм ведения пациентов с гонококковой инфекцией:

Клиническая обследование и лабораторная диагностика	
<i>N. gonorrhoeae</i> выявлена?	
Нет	да
Обследование на другие ИППП и уrogenитальные инфекции	Антибактериальная терапия. Обследование и лечение полового партнера. Обследование на другие ИППП и уrogenитальные инфекции.
	- Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального

	метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения; - на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения.	
	<i>N. gonorrhoeae</i> выявлена?	
Да		нет
Исключение реинфекции. Определение чувствительности <i>N. gonorrhoeae</i> к антимикробным препаратам. Назначение антибактериальных препаратов с учетом результатов определения чувствительности выделенных изолятов		Выздоровление. Диспансерному наблюдению не подлежит.

Общие замечания по терапии.

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

С позиций доказательной медицины проведение системной энзимотерапии, иммуномодулирующей терапии и терапии местными антисептическими препаратами неэффективно.

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

Резистентность *N. Gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам

Согласно данным о профиле резистентности гонококка в мире наблюдаются тенденция роста устойчивости к пенициллинам, тетрациклинам, фторхинолонам, азитромицину [8]. Имеются свидетельства резистентности гонококка к цефалоспорином, в особенности к их пероральным формам (цефиксиму) [8].

Схемы лечения.

Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез, гонококкового фарингита и гонококковой инфекции аноректальной области.

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

Фармакотерапевтическая группа	Лекарственные средства	Способ применения	Уровень доказательности / примечание
Цефалоспорины	Цефтриаксон	500 мг в/м	(УД - А)

(средства первой линии)		однократно	
	<i>или</i>		
	Цефиксим	400 мг перорально однократно	(УД - А)
<i>или</i>			
Аминогликозиды (средства второй линии)	Спектиномицин*	2,0 г в/м однократно (В)	(УД - В) / <i>применяется при наличии аллергии к антимикробным препаратам цефалоспоринового ряда</i>

Лечение гонококкового конъюнктивита [1-3].

В литературе мало сведений об опыте терапии гонококкового конъюнктивита у взрослых [1-3].

Рекомендуемый режим:

- цефтриаксон (1000 мг в/м) + азитромицин (2,0 г перорально) – однократно.

Лечение гонококковой инфекций нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез, гонококкового пельвиоперитонита и другой гонококковой инфекций мочеполовых органов.

При гонококковом орхоэпидидимите рекомендовано:

- цефтриаксон (500 мг в/м однократно) + доксициклин (200 мг перорально в сутки на курс 10-14 дней) [1].

При гонококковом пельвиоперитоните рекомендовано:

- цефтриаксон (500 мг в/м однократно) + доксициклин (200 мг перорально в сутки на курс 10-14 дней) + метронидазол (400 – 500 мг перорально 2 раза в сутки на курс 10-14 дней) [1].

При диссеминированной гонококковой инфекции:

- цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 10-14 дней (УД - С) [1,3];

или

- цефотаксим 1,0 г внутривенно каждые 8 часов в течение 10-14 дней (УД - С) [1];

или

- спектиномицин 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов (УД - С) [1].

Через 24-48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии, при условии исчезновения клинических симптомов заболевания, возможно продолжение терапии по схеме:

- цефиксим 400 мг перорально 2 раза в сутки с общей продолжительностью

терапии - 14 дней (УД - С) [1-3].

Особые ситуации.

Лечение беременных:

- цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно (УД - А) [1,3];

или

- цефиксим 400 мг перорально однократно (УД - А) [1-3];

или

- спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно (УД - В) [1].

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

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

- цефтриаксон 125 мг внутримышечно однократно (УД - D) [1-3];

или

- спектиномицин 40 мг на кг массы тела (не более 2,0 г) внутримышечно однократно (УД - D) [1].

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

Инфекция, вызванная *N. Gonorrhoeae* у новорожденных возникает в результате контакта новорожденного с гнойным экссудатом шейки матки во время прохождения через родовые пути. Чаще болезнь протекает остро и проявляется клиническими симптомами уже на 2-5 сутки после рождения. Наиболее тяжелыми проявлениями гонококковой инфекции у новорожденных являются офтальмобленнорея и сепсис, включая такие осложнения как артрит и менингит. К другим, менее тяжелым формам гонореи у новорожденных относятся вагинит, уретрит, ринит.

Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией, проводится при участии неонатологов. Рекомендуется проводить профилактическое лечение даже при отсутствии у них гонококковой инфекции.

Лечение офтальмии новорожденных:

Новорожденные, которым не проводилась профилактика конъюнктивита в родильном доме и матери которых во время беременности не проходили медицинское обследование, относятся к группе повышенного риска развития офтальмобленнореи. В данную группу входят также те новорожденные, матери которых имеют в анамнезе ИППП, или злоупотребляют наркотиками. Предварительный диагноз гонококкового конъюнктивита новорожденных, основанный на обнаружении в мазках отделяемого из конъюнктивы внутриклеточных грамотрицательных диплококков, является основанием для назначения эмпирической терапии. Целесообразность эмпирической терапии должна подтверждаться последующим обязательным выделением *N. Gonorrhoeae*

из соответствующего клинического материала с определением чувствительности выделенных штаммов *N. Gonorrhoeae* к АМП. Одновременно эти новорожденные должны быть обследованы на *C. trachomatis*. Превентивная терапия гонореи может быть рекомендована новорожденным из группы повышенного риска, а также новорожденным с конъюнктивитом, у которых в мазках отделяемого из конъюнктивы не обнаруживаются гонококки.

Рекомендуемые схемы:

- цефтриаксон 25-50 мг на кг массы тела (не более 125 мг) внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки в течение 3 дней (УД - С) [1-3];

или

- спектиномицин 40 мг на кг массы тела (не более 2,0 г) внутримышечно однократно (УД - С) [1].

Проведение системной терапии цефтриаксоном у новорожденных с гонококковым конъюнктивитом не требует одновременного использования топического антибиотика, а назначение только местных форм АМП неэффективно. При отсутствии клинического улучшения необходимо провести лабораторное обследование на наличие сопутствующей инфекции, вызванной *C. trachomatis* как у новорожденного, так и у его матери.

Профилактика гонококковой офтальмии новорожденных.

Профилактику офтальмии следует проводить всем новорожденным сразу же после рождения одним из нижеуказанных препаратов:

- эритромицин, глазная мазь 0,5% однократно (УД - С) [1-3].

Следует обработать оба глаза новорожденного сразу после родов. Если профилактика не была произведена в родильном зале, то ее обязательно следует провести в последующем как можно в более ранние сроки. При этом профилактика конъюнктивита осуществляется как детям, родившимся естественным путем, так и детям, родившимся путем кесарева сечения.

Профилактическое лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией:

- цефтриаксон 25-50 мг на кг массы тела (но не более 125 мг) внутримышечно однократно (УД - D) [1-3].

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

при осложненном течении заболеваний дополнительно рекомендуется назначение патогенетической терапии и физиотерапии.

3.4 Хирургическое вмешательство: нет.

3.5 Дальнейшее ведение

- контроль излеченности в течение не менее 1 месяца;

- при подтверждении регресса клинических симптомов и отрицательных лабораторных результатах снятие с учета.

Кроме того, возможные показания для повторного посещения: психологическая поддержка; подозрение на несоблюдение режима лечения.

Пациент должен получить следующую информацию: природа гонококковой инфекции, пути ее передачи, бессимптомное течение, основные клинические симптомы, особенности лабораторной диагностики, возможные осложнения при неэффективности терапии, рекомендации по безопасному сексуальному поведению.

3.6 Индикаторы эффективности лечения:

- Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения.
- При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.
- К концу терапии должна быть проведена оценка ликвидации соответствующих клинических симптомов, предотвращение осложнений и предупреждение инфицирования других лиц.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации: нет.

4.2 Показания для экстренной госпитализации: диссеминированная гонококковая инфекция (артрит, остеомиелит, абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, перитонит, пневмония, сепсис) проводится в соответствующие профильные стационары.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: нет.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Батпенова Гульнар Рыскельдыевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии НАО «Медицинский университет Астана».
- 2) Баев Асылжан Исаевич – кандидат медицинских наук, врач-эксперт службы поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Городской кожно-венерологический диспансер УЗ г. Алматы».
- 3) Цой Наталья Олеговна – доктор PhD, и.о.доцента кафедры дерматовенерологии НАО «Медицинский университет Астана».

- 4) Джетписбаева Зульфия Сейтмагамбетовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии НАО «Медицинский университет Астана».
- 5) Ералиева Бибихан Абдалиевна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой клинической фармакологии АО «Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования».

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3 Рецензенты:

- 1) Аскарлова Гульсум Клышпековна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии и дерматокосметологии с курсом аллергологии и клинической иммунологии АО «Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования».
- 2) Нурушева Софья Мухитовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней АО «Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова».

6.4. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

- 1) European Guideline on the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults 2015: http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2015/Gonorrhoea_2015.pdf
- 2) Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология. – М. – 2015.- 768 с.
- 3) Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, MMWR Recomm Rep Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137.
- 4) Standard protocol to assess prevalence of gonorrhoea and chlamydia among pregnant women in antenatal care clinics ISBN 978-92-4-151467-5.- World Health Organization.-2018
- 5) STI Treatment Pocket European Guidelines 2019 as of June 2019. <http://iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>.
- 6) Рахматулина М.Р. Гонококковая инфекция: тактика диагностики и терапии согласно российским и зарубежным клиническим рекомендациям. – 2015. - №2. – С.41-48.
- 7) Wi T, Lahra MM, Ndowa F, Bala M, Dillon J-AR, Ramon-Pardo P, et al. (2017) Устойчивость к противомикробным препаратам у *Neisseria gonorrhoeae*: глобальный эпиднадзор и призыв к международным совместным действиям. PLoS Med 14 (7): e1002344. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002344/>