

Клинические рекомендации «Гонококковая инфекция»

Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10):
A 54

Возрастная группа: Взрослые /дети

Год утверждения (частота пересмотра): 2023 (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	3
1. Краткая информация	3
1.1. Определение.....	3
1.2. Этиология и патогенез.....	3
1.3. Эпидемиология.....	5
1.4. Кодирование по МКБ 10.....	5
1.5. Классификация	6
1.6. Клиническая картина.....	7
2. Диагностика.....	11
2.1. Жалобы и анамнез	11
2.2. Физикальное обследование.....	11
2.3. Лабораторная диагностика.....	11
2.4. Инструментальная диагностика.....	14
2.5. Иная диагностика	14
3. Лечение.....	15
3.1. Консервативное лечение	15
3.2. Хирургическое лечение.....	18
3.3. Иное лечение.....	18
4. Реабилитация	18
5. Профилактика и диспансерное наблюдение	19
6. Организация медицинской помощи.....	19
7. Дополнительная информация, влияющая на и исход заболевания/синдрома.....	20
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	20
Список литературы	21
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	25
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	26
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	28
Алгоритмы ведения пациента.....	28
Приложение В. Информация для пациента	30

Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

МКБ – Международная классификация болезней

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РНК – рибонуклеиновая кислота

NASBA (Nucleic Acids Sequence-Based Amplification) – реакция транскрипционной амплификации

Термины и определения

Гонококковая инфекция – инфекционное заболевание человека, передаваемое половым путем, вызываемое гонококками (*Neisseria gonorrhoeae*)

Neisseria gonorrhoeae - грамотрицательные диплококки, представляющие собой бобовидной формы, неподвижные, не образующие спор гноеродные бактерии.

1. Краткая информация

1.1. Определение

Гонококковая инфекция – инфекция, передаваемая половым путем, вызываемая *Neisseria gonorrhoeae* - грамотрицательными диплококками, представляющими собой бобовидной формы, неподвижные, не образующие спор гноеродные бактерии.

1.2 Этиология и патогенез

Возбудитель гонококковой инфекции – грамотрицательный диплококк бобовидной формы относится к семейству *Neisseriaceae*, роду *Neisseria*, виду *Neisseria gonorrhoeae*. Длина гонококка варьирует от 1,25 до 1,6 мкм, поперечный размер – от 0,7 до 0,8 мкм. Гонококки окружены капсул подобным образованием, вследствие чего не соприкасаются между собой. При электронно-микроскопическом исследовании в сканирующем микроскопе у гонококка различают пили – тонкие нити, обуславливающие его вирулентные свойства и передачу генетической информации, а также колбовидные вздутия, связанные с наружной стенкой. Гонококки способны переходить из непилированного в пилированное состояние и обратно в зависимости от экспрессии генов пилей, которая регулируется различными типами гонококковых протеинов. Трехслойная наружная мембрана гонококков содержит несколько классов протеинов, в том числе

протенин I (гонококки с протенином IA чаще ассоциируются с диссеминированной гонококковой инфекцией, а с протенином IB – с резистентностью к антибактериальным препаратам), протенин II (способствующий лучшему прикреплению гонококков друг к другу и к различным типам эпителиальных клеток, но не всегда экспрессирующийся; при его отсутствии гонококк формирует «прозрачные» колонии, чаще встречающиеся при диссеминированной гонококковой инфекции и ассоциированные с повышенной устойчивостью к нормальной человеческой сыворотке крови), протенин III (снижающий бактерицидную активность сыворотки крови путем экспрессии блокирующих антител).

При исследовании на ультратонких срезах гонококк также визуализируется цитоплазматическая мембрана и трехслойная цитоплазма с взвешенными в ней мелкими гранулярными образованиями – рибосомами и ядерной вакуолью. Между диплококками определяется перемычка, около нее иногда различается мезосома в виде петли, соединенной с плазматической мембраной. Эти образования расположены в местах наиболее активного роста микроорганизма.

Гонококки прочно фиксируются на эпителиальных клетках слизистой оболочки с помощью пилей и участков локализации протенина II и достигают подэпителиальной соединительной ткани через межклеточные пространства, вызывая воспалительную реакцию с выделением содержащего гонококки гнойного экссудата. Возбудитель гонококковой инфекции поражает клетки цилиндрического эпителия уретры и цервикального канала (у девочек и женщин в период менопаузы возможно поражение клеток вагинального эпителия), распространяется по протяжению (*per continuitatem*) по слизистой оболочке мочеполовых органов или по лимфатическим сосудам в более отдаленные отделы мочеполого тракта: заднюю уретру, предстательную железу, семенные пузырьки, придатки яичек, фаллопиевы трубы, яичники и т.д. Возможен также ретроградный занос гонококков в полость матки или придаток яичка при антиперистальтических движениях матки или семявыносящего протока. При экстрагенитальных формах заболевания возможно поражение слизистой оболочки ротоглотки, прямой кишки, конъюнктивы. Изредка наблюдается гематогенная диссеминация гонококков с транзиторной гонококкемией или гонококковым сепсисом, проявляющимся гонококковой септициемией и септикопиемией.

Гонококковая инфекция приводит к развитию инфильтративных и дегенеративных процессов слизистой оболочки органов урогенитальной и репродуктивной систем, прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы. При хроническом течении заболевания наряду с экссудативными изменениями определяются пролиферативные изменения: воспалительные инфильтраты в субэпителиальном слое приобретают очаговый характер,

цилиндрический эпителий на отдельных участках трансформируется в многослойный плоский и нередко в ороговевающий, исходом чего может стать рубцовая атрофия ткани.

Инфицирование взрослых лиц происходит при любых формах половых контактов с больным гонококковой инфекцией, детей – перинатальным путем и при половом контакте; в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми.

1.3. Эпидемиология

Гонококковая инфекция является одной из распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). По оценкам Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев заболевания.

1.4. Кодирование по МКБ 10

A54 Гонококковая инфекция

A54.0 – Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез.

(Гонококковый: цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит)

A54.1 – Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез.

(Гонококковый абсцесс больших вестибулярных желез)

A54.2+ – Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов.

Гонококковый (ое): эпидидимит (N51.1), орхит (N51.1), простатит (N51.0), воспалительное заболевание органов малого таза у женщин (N74.3);

A54.3 – Гонококковая инфекция глаз.

Гонококковый: конъюнктивит+ (H13.1), иридоциклит (H22.0), гонококковая офтальмия новорожденных;

A54.4 – Гонококковая инфекция костно-мышечной системы.

Гонококковый: 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;

A56.8 – Другие гонококковые инфекции.

Гонококковый (ая) (ое): абсцесс мозга (G07), эндокардит (I39.8), менингит (G01), миокардит (I41.0), перикардит (I32.0), перитонит (K67.1), пневмония (J17.0), сепсис, поражение кожи;

A56.9 – Гонококковая инфекция неуточненная

1.5. Классификация

Клиническая классификация гонококковой инфекции основана на локализации патологического процесса.

- Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез:

- уретрит;
- цервицит;
- цистит;
- вульвовагинит.

- Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез.

- абсцесс больших вестибулярных желез;
- парауретрит;
- вестибулит.

- Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов:

- эпидидимит;
- орхит;
- простатит;
- сальпингоофорит;
- эндометрит;
- пельвиоперитонит.

- Гонококковая инфекция глаз:

- конъюнктивит;
- иридоциклит;
- офтальмия новорожденных.

- Гонококковая инфекция костно-мышечной системы:

- артрит;
- бурсит;
- остеомиелит;
- синовит;
- теносиневит.

- Гонококковый фарингит.

- Гонококковая инфекция аноректальной области.

• Другие гонококковые инфекции:

- абсцесс мозга;
- эндокардит;
- менингит;
- миокардит;
- перикардит;
- пневмония;
- сепсис;
- поражение кожи.

1.6. Клиническая картина

Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез.

Более чем у 70% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы у женщин*: гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей; зуд, жжение в области наружных половых органов; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт или боль в области нижней части живота.

Объективными симптомами заболевания у женщин являются: 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.

Субъективными симптомами гонококковой инфекции у мужчин являются: гнойные выделения из уретры; зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); зуд, жжение в области уретры; болезненность во время половых контактов (диспареуния); учащенное мочеиспускание и ургентные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса); боль в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективными симптомами заболевания у мужчин являются: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, гнойные выделения из уретры.

Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез.

Субъективными симптомами вестибулита являются: незначительные гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; болезненность и отечность в области вульвы. При формировании абсцесса железы присоединяются симптомы общей интоксикации; боли усиливаются при ходьбе и в покое, принимая пульсирующий характер.

Объективными симптомами вестибулита являются: гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез, незначительные гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; болезненность и отечность в области протоков вестибулярных желез при пальпации. При формировании абсцесса железы – общая и местная гипертермия, при пальпации железы наблюдаются слизисто-гнойные или гнойные выделения; определяется четко ограниченная инфильтрация, гиперемия и выраженная болезненность в зоне проекции протока

У лиц обоего пола возможно гонококковое поражение парауретральных желез, при этом субъективными симптомами являются: зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала; болезненность во время половых контактов (диспареуния); болезненность в области наружного отверстия уретры; объективными симптомами парауретрита являются: гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала; наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

Гонококковая инфекция аноректальной области

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: при локальном поражении прямой кишки: зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения из прямой кишки желтоватого или красноватого цвета; при локализации процесса выше анального отверстия: болезненные тенезмы, болезненность при дефекации, слизисто-гнойные выделения из прямой кишки, нередко с примесью крови, вторичные запоры.

Объективными симптомами у лиц обоего пола являются: гиперемия кожных покровов складок анального отверстия; слизисто-гнойное или гнойное отделяемое из прямой кишки.

Гонококковый фарингит

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: чувство сухости в ротоглотке; боль, усиливающаяся при глотании; осиплость голоса.

Объективными симптомами у лиц обоего пола являются: гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин с зернистой поверхностью и пленчатыми наложениями.

Гонококковая инфекция глаз

Субъективными симптомами у лиц обоего пола являются: резкая болезненность пораженного глаза, слезотечение, отечность век, светобоязнь, обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

Объективными симптомами у лиц обоего пола являются: отечность век, гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек пораженного глаза, обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

Гонококковая инфекция у детей

Гонококковая инфекция новорожденных обычно поражает структуры глаз. Могут встречаться вульвовагинит и уретрит, а также диссеминированная инфекция в виде бактериемии, абсцессов, артрита и менингита.

Гонококковая инфекция детей постнеонатального и до препубертатного периода (9-12 лет) включительно почти всегда связана с сексуальным контактом. Вульвовагинит является наиболее частой манифестацией у девочек в препубертатном периоде. Гонококковый уретрит возможен, но наблюдается редко у мальчиков в препубертатном периоде. Встречаются аноректальная и тонзиллофарингеальная инфекции, которые протекают зачастую асимптомно.

Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин).

Заболевания, как правило, сопровождаются симптомами общей интоксикации: повышением температуры тела, общей слабостью, утомляемостью, повышением скорости оседания эритроцитов при клиническом исследовании крови.

Субъективными симптомами у женщин являются:

- сальпингоофорит: боль в области нижней части живота схваткообразного характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла,

- эндометрит: боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения

Объективными симптомами у женщин являются:

- сальпингоофорит: при остром течении воспалительного процесса – увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;

- эндометрит: при остром течении воспалительного процесса – болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – плотная консистенция и ограниченная подвижность матки.

Субъективными симптомами у мужчин являются:

- эпидидимит и эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, диспареуния, болезненность в области придатка яичка и паховой области, чаще односторонняя; боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца;

- простатит: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия.

Объективными симптомами у мужчин являются:

- эпидидимит и эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, гиперемия и отек мошонки в области поражения, при пальпации определяются увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток;

- простатит: при пальпации определяется болезненная, уплотненная предстательная железа.

При диссеминированной гонококковой инфекции у больных обоего пола могут развиваться пельвиоперитонит, эндокардит, перикардит, менингит, артрит, абсцесс мозга, пневмония, перигепатит, сепсис, остеомиелит, синовит, не имеющие патогномоничных симптомов.

Субъективные и объективные симптомы гонококковой инфекции у детей и подростков аналогичны таковым у взрослых лиц. Особенностью клинического течения заболевания у девочек является более выраженная субъективная и объективная симптоматика и многоочаговость поражения.

2. Диагностика

Диагноз устанавливается только на основании лабораторного подтверждения наличия *Neisseria gonorrhoeae* в исследуемом биологическом материале.

2.1. Жалобы и анамнез

Субъективные клинические проявления гонококковой инфекции описаны в разделе «Клиническая картина».

2.2. Физикальное обследование

Проводится осмотр кожных покровов наружных половых органов и аногенитальной области, видимых слизистых оболочек наружных половых органов и уретры, оценивается наличие свободных выделений и их характер, проводится пальпация уретры, а также регионарных лимфатических узлов. По показаниям осмотр слизистой оболочки ротоглотки.

У женщин: осмотр слизистых оболочек влагалища и видимой части шейки матки с помощью зеркала Куско; оценка выделений в заднем и заднебоковых сводах влагалища, выделений из цервикального канала; бимануальное влагалищное исследование.

У мужчин: пальпация органов мошонки, пальцевое ректальное исследование (по показаниям).

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

2.3. Лабораторная диагностика

• **Рекомендуется** проводить лабораторную диагностику гонококковой инфекции следующим лицам:

- лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы;
- при предгравидарном обследовании половых партнеров;
- при обследовании женщин во время беременности;
- при предстоящих оперативных (инвазивных) манипуляциях на половых органах и органах малого таза;
- лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе;
- лицам, перенесшим сексуальное насилие [15, 20].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

• **Рекомендуется** для верификации диагноза гонококковой инфекции только у пациентов с манифестными проявлениями гонококковой инфекции микроскопическое исследование отделяемого из уретры на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*)

(микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму) для выявления грамотрицательных диплококков [1-4, 10, 37].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии: Чувствительность микроскопического исследования при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с манифестными проявлениями гонококковой инфекции составляет 90-100%, специфичность – 90-100%.

Для подтверждения принадлежности обнаруженных диплококков к виду *Neisseria gonorrhoeae* необходимо провести молекулярно-биологическое или культуральное исследования. С помощью микроскопического исследования определяется степень выраженности воспалительной реакции.

- **Не рекомендуется** микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму, для верификации диагноза гонококковой инфекции при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции [1-4, 10, 37].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии: Чувствительность и специфичность микроскопического исследования при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции составляет 45-64% [1-4, 10, 37].

- **Рекомендуется** для подтверждения диагноза гонококковой инфекции проведение пациентам следующих лабораторных исследований: молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки ротоглотки на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или молекулярно-биологическое исследование мочи на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) [6-10, 37].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии: Диагноз устанавливается на основании результатов лабораторных исследований молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) и/или рибонуклеиновой кислоты (РНК) *N. gonorrhoeae*, с использованием тест-систем.

разрешенных к медицинскому применению (ППР, NASBA). Чувствительность методов составляет 98-100%, специфичность - 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие чего предъявляются строгие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала.

У женщин чувствительность молекулярно-генетических методов при исследовании мочи ниже, чем при исследовании биологического материала из органов урогенитальной системы, исследование мочи не используется для диагностики гонококковой инфекции у женщин.

• **Рекомендуется** при подозрении на экстрагенитальную локализацию гонококковой инфекции и/или при малосимптомном течении в диагностических целях использовать: бактериологическое исследование отделяемого слизистой оболочки ротоглотки на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из уретры на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) [1-4, 10, 37].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств 2).

• **Рекомендуется** устанавливать диагноз гонококковой инфекции у детей на основании результатов микробиологических (культуральных) исследований/или молекулярно-биологических методов исследования отделяемого из уретры, женских половых органов на гонококк, отделяемого слизистой оболочки ротоглотки, отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) [35].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии: Необходимо для получения достоверных результатов лабораторных исследований соблюдение ряда требований, к которым относятся:

• *сроки получения клинического материала с учетом применения антибактериальных лекарственных препаратов: для идентификации *N. gonorrhoeae* микроскопическим, культуральным методом и методом амплификации РНК (NASBA) – не ранее, чем через 14 дней после окончания приема препаратов, на основании методов амплификации ДНК (полимеразная цепная реакция (ПЦР), ПЦР в режиме реального времени) – не ранее, чем через месяц после окончания приема препаратов;*

- получение клинического материала из уретры не ранее, чем через 3 часа после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных выделений – через 15-20 минут после мочеиспускания;

- получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации;

- соблюдение условий доставки образцов в лабораторию.

- Не рекомендуется использование других методов лабораторных исследований, в том числе метода прямой иммунофлюоресценции, иммуноферментного анализа для обнаружения антител к *N. gonorrhoeae* [5].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

- Не рекомендуется применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики и лечения гонококковой инфекции [38]

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

2.4. Инструментальная диагностика

Не применяются

2.5 Иная диагностика

- Рекомендуется консультация врача-акушера-гинеколога при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных, больных гонококковой инфекцией для определения необходимого объема диагностических и лечебных мероприятий в зависимости от выявленной патологии [14, 20].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендуется консультация врача-уролога с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы, при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимоорхита, простатита для определения необходимого объема диагностических и лечебных мероприятий в зависимости от выявленной патологии [14, 20].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендуется консультация врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-колопроктолога, у детей – врача-неонатолога, врача-педиатра – для выявления изменений в других органах и системах и определения необходимого объема

диагностических и лечебных мероприятий в зависимости от выявленной патологии [14, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5).

3. Лечение

С целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления лечение гонококковой инфекции осуществляется антибактериальными препаратами.

3.1. Консервативное лечение

• Рекомендуется для лечения гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез с целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления назначать один из следующих антибактериальных препаратов
цефтриаксон** 500 мг внутримышечно однократно [12-15,19].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 5).

или

цефиксим 400 мг перорально однократно [12-15, 19].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

или

спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно [12, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5).

• Рекомендуется для лечения гонококковой инфекции глаз у взрослых с целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления назначать цефтриаксон** 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 3 дней [12-15, 19,20, 21].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 4).

• Рекомендуется для лечения гонококкового фарингита и гонококковой инфекции аноректальной области желез с целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления назначать один из следующих антибактериальных препаратов
цефтриаксон** 500 мг внутримышечно однократно [12-15, 18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

или

цефиксим 400 мг перорально однократно [12-15, 18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5).

или

#спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно [12, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5).

• Рекомендуется для лечения гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез, гонококкового пельвиоперитонита и другой гонококковой инфекции мочеполовых органов (эпидидимита, орхита, простатита, воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин) с целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления назначать один из следующих антибактериальных препаратов:

цефтриаксон** 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней [12-15, 18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5).

или

цефотаксим** 1,0 г внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней [12-15, 18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

или

#спектиномицин 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов в течение 14 дней [13, 19, 22-25, 43, 44].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: Через 24-48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии, при условии исчезновения клинических симптомов заболевания, возможно продолжение терапии по схеме: цефиксим 400 мг перорально 1 раз в сутки или по 200 мг перорально 2 раза в сутки с общей продолжительностью терапии – 14 дней [13-14, 19, 22-25].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств 3).

• **Рекомендуется** для лечения беременных с целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления назначать один из следующих антибактериальных препаратов:

цефтриаксон** 500 мг внутримышечно однократно [20, 26, 27, 42, 43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

или

цефиксим 400 мг перорально однократно [26, 27].

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств 2).

или

#спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно [20]

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

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

• **Рекомендуется** для лечения детей с массой тела менее 45 кг с целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления назначать один из следующих антибактериальных препаратов:

цефтриаксон** 125 мг внутримышечно однократно

или

спектиномицин 40 мг на кг массы тела (не более 2,0 г) внутримышечно однократно [13-15, 29, 31-33].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Лечение гонококковой инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых лиц. При подтвержденной гонококковой инфекции у детей необходимо исключить половой путь передачи.

• **Рекомендуется** для лечения офтальмии новорожденных с целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления назначать один из следующих антибактериальных препаратов:

#цефтриаксон** 25-50 мг на кг массы тела (не более 125 мг) внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки в течение 3 дней

или

#спектиномицин 40 мг на кг массы тела (не более 2,0 г) внутримышечно однократно [29, 30, 31].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией, проводится при участии врачей-неонатологов.

- **Рекомендуется** проводить профилактику офтальмии всем новорожденным сразу же после рождения препаратом:

Эритромицин, глазная мазь 0,5% однократно [27-29, 31, 34].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

- **Рекомендуется** профилактическое лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией, даже при отсутствии у новорожденных гонококковой инфекции #цефтриаксоном** 25-50 мг на кг массы тела (но не более 125 мг) внутримышечно однократно [29-31].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

- **Рекомендуется** при отсутствии эффекта от лечения (целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления): исключение реинфекции; определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам; назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов [31].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: антибактериальную терапию гонококковой инфекции не следует дополнять проведением системной энзимотерапии, иммуномодулирующей терапии и терапии местными антисептическими препаратами [31].

3.2. Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3. Иное лечение

Диетотерапия не показана.

Обезболивание не проводится.

4. Реабилитация

Не применяется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

- исключение случайных половых контактов;
- использование средств барьерной контрацепции;
- обследование и лечение половых партнеров [39].

Диспансерное наблюдение

• **Рекомендовано** устанавливать излеченность гонококковой инфекции на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) не ранее, чем через месяц после окончания лечения; на основании культурального метода и методов амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения [10,20,39].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 4).

Комментарии: При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

При отсутствии эффекта от лечения необходимо в первую очередь исключить реинфекцию; провести исследования для определения чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам; назначить антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов [39].

6. Организация медицинской помощи

Показаний для госпитализации в медицинскую организацию нет.

Медицинская помощь оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи врачами-дерматовенерологами в амбулаторных условиях.

Критерии излеченности:

- достигнута эрадикация *N. gonorrhoeae*;
- достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление).

При выявлении больного заполняется «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки».

7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома

Пациентов с установленным диагнозом гонококковая инфекция необходимо обследовать на другие инфекции, передаваемые половым путем. Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови; определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV2) в крови; определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови; определение антигена вируса гепатита С (Hepatitis C) в крови.

При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется повторное серологическое исследование на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С - через 3-6-9 месяцев. При неизвестном или ранее отрицательном ВИЧ- статусе при постановке диагноза и через 6 месяцев рекомендуется тестирование на ВИЧ.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности доказательств
1	Выполнено подтверждение диагноза микроскопическим и/или культуральным и/или молекулярно-биологическими методами исследования	2	В
2	Проведена терапия цефтриаксоном** или цефотаксимом* или спектиномицином и/или цефиксимом	1, 2, 2, 4	А, В, С,
3	Достигнута эрадикация <i>N. gonorrhoeae</i>	4	С
4	Достигнуто клиническое выздоровление)	4	С

*только при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с манифестными проявлениями гонококковой инфекции ** при осложненных формах гонококковой инфекции*

Список литературы

1. Hook EW III, Handsfield HH. Gonococcal infections in the adult. In Holmes KK, Sparling PF, et al, Sexually Transmitted Diseases 4th ed. New York, NY. McGraw Hill 2008; 627-45.
2. Sherrard J, Barlow D. Gonorrhoea in men: clinical and diagnostic aspects. Genitourin Med 1996;72:422-6.
3. Taylor SN, DiCarlo RP, Martin DH. Comparison of methylene blue/gentian violet stain to Gram's stain for the rapid diagnosis of gonococcal urethritis in men. Sex Trans Dis 2011;38:995-6.
4. Jephcott AE. Microbiological diagnosis of gonorrhoea. Genitourin Med 1997;73: 245-52.
5. Van Dyck E, Ieven M, Pattyn S, Van Damme L, Laga M. Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by enzyme immunoassay, culture and three nucleic acid amplification tests. J Clin Microbiol 2001;39:1751-6.
6. Cook RL, Hutchison SL, Østergaard L, Braithwaite RS, Ness RB. Systematic Review: Non-invasive testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. Ann Intern Med 2005;142:914-25.
7. Van der Pol B, Ferrero DV, Buck-Barrington L, Hook EW 3rd, Lenderman C, Quinn TC, et al. Multicenter evaluation of the BDProbeTec ET system for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in urine specimens, female endocervical and male urethral swabs. J Clin Microbiol 2001;39:1008-16.
8. Walsh A, Rourke FO, Crowley B. Molecular detection and confirmation of *Neisseria gonorrhoeae* in urogenital and extragenital specimens using the Abbott CT/NG RealTime assay and an in-house assay targeting the porA pseudogene. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2011 Apr;30(4):561-7.
9. Shipitsyna E, Zolotoverkhaya E, Hjelmevoll SO, et al. Evaluation of six nucleic acid amplification tests used for diagnosis of *Neisseria gonorrhoeae* in Russia compared with an international strictly validated real-time porA pseudogene polymerase chain reaction. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009 Nov;23(11):1246-53.
10. Цеслюк МВ, Гущин АЕ, Савочкина ЮА, Быков АС, Шипулин ГА. Сравнение методов лабораторной диагностики гонореи с применением "расширенного золотого стандарта". Клиническая лабораторная диагностика 2008(7):48-53.
11. Moran JS, Levine WC. Drugs of choice in the treatment of uncomplicated gonococcal infection. Clin Infect Dis 1995;20(Suppl 1):S47-65.
12. Bignell C, Fitzgerald M, BASHH Guideline Development Group. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011. Int J STD AIDS 2011;22:541-7.

13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR 2010;59(No. RR-12):49-55.
14. CDC. Sexually Transmitted Diseases Surveillance 2017. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2018; available at: https://www.cdc.gov/std/stats17/2017-STD-Surveillance-Report_CDC-clearance-9.10.18.pdf
15. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 MMWR/June 5, 2015/Vol. 64/No. 3.
16. Yu RX, Yin Y, Wang GQ, et al. Worldwide susceptibility rates of *Neisseria gonorrhoeae* isolates to cefixime and cefpodoxime: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2014;9:e87849.
17. Yokoi S, Deguchi T, Ozawa T, et al. Threat to cefixime treatment for gonorrhea. Emerg Infect Dis 2007;13:1275-7.
18. Pichichero ME, Casey JR. Safe use of selected cephalosporins in penicillin-allergic patients: A meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg 2007; 136:340-7
19. Рахматулина М.Р. Гонококковая инфекция: тактика диагностики и терапии согласно российским и зарубежным клиническим рекомендациям. – 2015. - №2. – С.41-48.
20. STI Treatment pocket European Guidelines 2019; page 7. available at: <https://iusti.org/wp-content/uploads/2020/07/PocketGuideline2019.pdf>
21. Haimovici R, Roussel TJ. Treatment of gonococcal conjunctivitis with single-dose intramuscular ceftriaxone. Am J Ophthalmol 1989;107:511-4.
22. Bleich AT, Sheffield JS, Wendel GD Jr, Sigman A, Cunningham FG. Disseminated gonococcal infection in women. Obstet Gynecol 2012;119:597-602.
23. O'Brien JP, Goldenberg DL, Rice PA. Disseminated gonococcal infection: a prospective analysis of 49 patients and a review of pathophysiology and immune mechanisms. Medicine 1983;62:395-406
24. Wise CM, Morris CR, Wasilaukas BL, Salzer WL. Gonococcal arthritis in an era of increasing penicillin resistance. Presentations and outcomes in 41 recent cases (1985-1991). Arch Intern Med 1994;154: 2690-5.
25. Thompson SE. Treatment of disseminated gonococcal infections. Sex Transm Dis 1979;6 (Suppl 1):181.
26. Ramus RM, Sheffield JS, Mayfield JA, Wendel GD. A randomised trial that compared oral cefixime and intramuscular ceftriaxone for the treatment of gonorrhoea in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2001;185: 629-32.
27. Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy Cochrane Database Syst Rev(2): CD000098

28. CDC. CDC Guidance on shortage of erythromycin (0.5%) ophthalmic ointment-September 2009. Atlanta, GA2010.
29. MacDonald N, Mailman T, Desai S. Gonococcal infections in newborns and in adolescents. *Adv Exp Med Biol* 2008;609:108-30.
30. Laga M, Meheus A, Piot P. Epidemiology and control of gonococcal ophthalmia neonatorum. *Bull World Health Organ* 1989;67:471-7.
31. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2012. – 112 с.
32. Рахматулина М.Р. Гонококковая инфекция у несовершеннолетних: социально-эпидемиологические особенности и анализ уровня антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae*. Вестник дерматологии и венерологии. – 2008. - №1. – С.51-53.
33. Рахматулина М.Р., Шаталова А.Ю. К вопросу о резистентности *N. gonorrhoeae* у несовершеннолетних. Вестник последипломного медицинского образования. – 2008. – №1. – С.48-49.
34. WHO Guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae* 2016. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf;jsessionid=67A8651AEC8C01F01F8DB83E9326C909?sequence=1>
35. Kellogg N.D., Baillargeon J., Lukefahr J.L., Lawless K., & Menard S.W. Comparison of nucleic acid amplification tests and culture techniques in the detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in victims of suspected child sexual abuse. *J Pediatric & Adolescent Gynecology*, 17: 331-339, 2004.
36. Black Carolyn M, Driebe, Elizabeth M; Howard, Laurie A.; Fajman, et al. Multicenter Study of nucleic acid amplification tests for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J.* 28(7): July 2009.
37. Association of Public Health Laboratories (APHL). Laboratory diagnostic testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. Expert consultation meeting summary report, 13–15 January 2009 Atlanta, GA. Silver Spring, MD, APHL, 2009 (https://www.aphl.org/programs/infectious_disease/std/Documents/ID_2009Jan_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf)
38. Renton A, Filatova E, Ison C, Meheus A, Dmitriev G, Akovbian V, et al. A trial of the validity of genital smears and cultures with gonococcal vaccine provocation in diagnosing genital gonorrhoea in women. *Int J STD AIDS* 2009; 20: 24–29.
39. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Ю.Олисовой. – 2-е. изд., доп. – М.: практическая медицина, 2019. -296 с.:ил. ISBN 978-5-98811-568-7

40. М.Р. Рахматулина Современные принципы терапии гонококковой инфекции. Фарматека 2015 №12 (305)
41. Фриго Н.В., Гучев И.А., Сидоренко С.В., Лесная И.Н., Соломка В.С. Цефалоспорины третьего поколения в лечении гонореи» Вестник дерматологии и венерологии. 2011. №3. С. 34-44
42. Фофанова И.Ю., Бактериальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Современное состояние проблемы / Фофанова И.Ю. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-4630-0
43. М.Р. Рахматулина Гонококковая инфекция: тактика диагностики и терапии согласно российским и зарубежным клиническим рекомендациям. Вестник дерматологии и венерологии № 2, 2015
44. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.

Состав рабочей группы

Председатель:

Страт А.И. – врач-дерматовенеролог первой квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

Члены:

Козак И.И. – врач-дерматовенеролог государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Перчун А.М. – врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Спорыш Е.Л. – врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, заведующая кожно-венерологическим отделением государственного учреждения «Бендерская центральная городская больница».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провел главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Приднестровский Молдавской Республики, эксперт по клиническому направлению (специальности) «Дерматовенерология» Н. Т. Барановская -главный врач государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления:

1. Врачи-дерматовенерологи;
2. Врачи-аллергологи-иммунологи;
3. Ординаторы по специальностям «Дерматовенерология» и «Аллергология и иммунология».

Виды и объёмы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач в соответствии с требованиями к объёму исследований при определенных заболеваниях, состояниях с учетом возможности лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

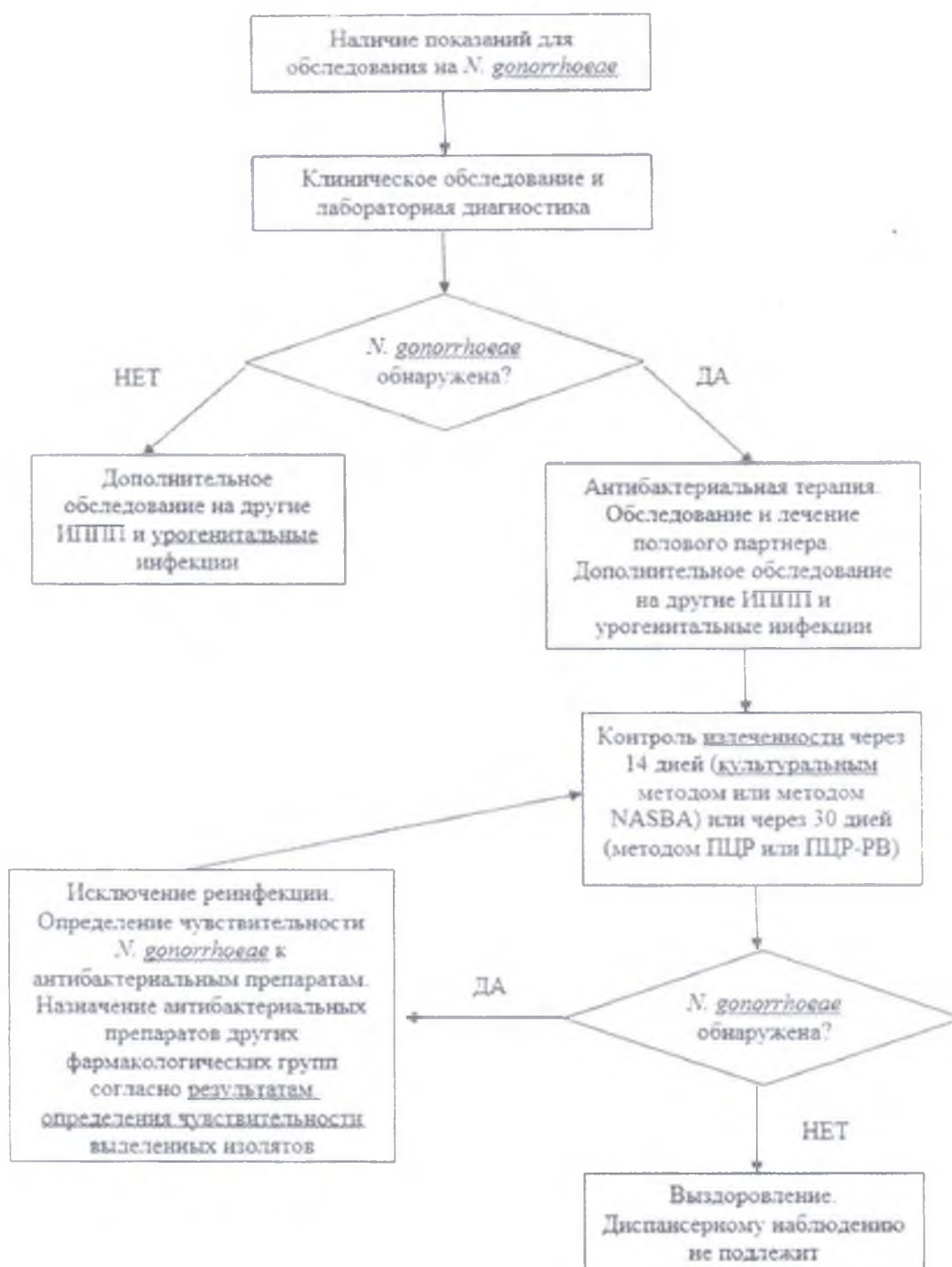
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию-не реже один раз в пять лет, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

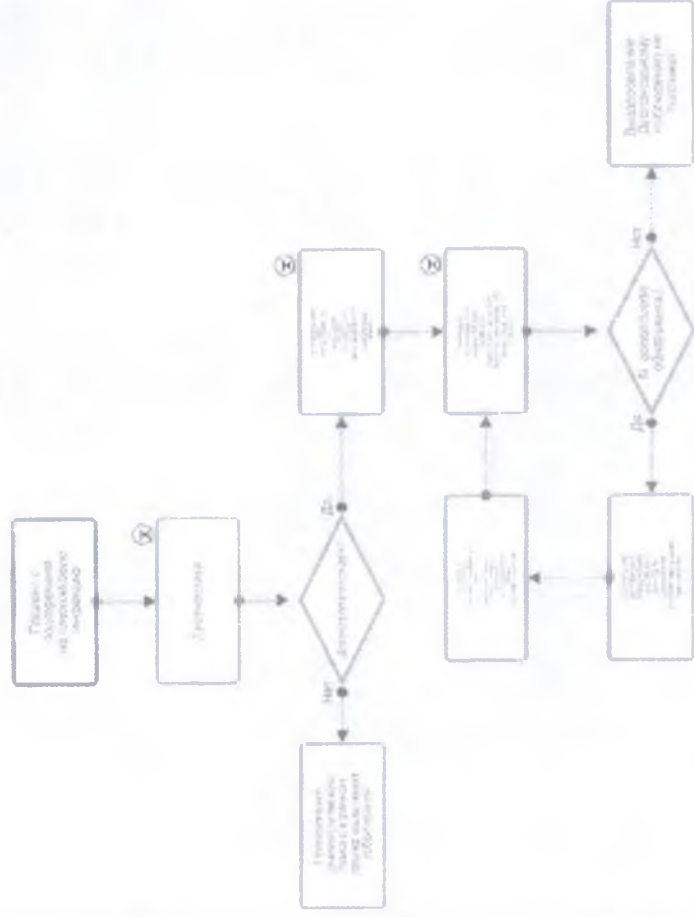
Сведения о показаниях к применению и противопоказаниях, способов применения и доз лекарственных препаратов, схемы по применению лекарственного препарата изложены в разделе 3 «Лечение» настоящих клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года №29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 года № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (САЗ 08-22);
4. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 13 июня 2003 года № 405 «О мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путём», Приложение № 1 «Положение о кожно-венерологическом диспансере»;
5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 ноября 2022 года № 894 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств для медицинского применения» (регистрационный № 11398 от 25 ноября 2022 года) (САЗ 22-46).

Алгоритмы действий врача
Алгоритмы ведения пациента





Информация для пациента

1. С целью предупреждения повторного инфицирования возбудителем гонококковой инфекции необходимо обследование и лечение половых партнеров.
2. В период лечения и диспансерного наблюдения необходимо воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.
3. С целью установления излеченности необходима повторная явка к врачу для обследования (микроскопическим, микробиологическим методами, методом NASBA через 14 дней после окончания лечения, методами ПЦР или ПЦР в реальном времени – не ранее, чем через месяц после окончания лечения).
4. Рекомендуется обследование на другие инфекции, передаваемые половым путем.