

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
КОСМЕТОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ
«ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

ТАШКЕНТ 2025



«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. директора
РСНПМЦДВиК МЗ
РУз
Сабилов У.Ю.

«22» май 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ
«ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

ТАШКЕНТ 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
«ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

ТАШКЕНТ 2025

1. Вводная часть

Коды МКБ-10/11:

A54	Гонококковая инфекция	1A70 Гонококковая мочеполовая инфекция
A54.0	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных или придаточных желез (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит)	1A71 Гонококковый пельвиоперитонит
A54.1	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных или придаточных желез. Гонококковый абсцесс больших вестибулярных желез	1A72 Гонококковая инфекция других локализаций
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).	1A73 Диссеминированная гонококковая инфекция
A54.3	Гонококковая инфекция глаз (конъюнктивит (H13.1), иридоциклит (H22.0), гонококковая офтальмия новорожденных)	1A7Z Гонококковая инфекция неуточненная
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)	
A54.9	Гонорея неуточненная	
	https://classinform.ru/mkb-10/a54.html	

Дата разработки и пересмотра протокола: дата разработки 2025г и дата пересмотра протокола 2028г. или по мере появления новых ключевых доказательств.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматовенерологии и Косметологии

В разработку клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению инфекции, передающиеся половым путем (ИППП):

1. **Сабилов У.Ю.** Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (РСНПМЦДВиК МЗ РУз), доктор медицинских наук, профессор
2. **Порсохонова Д.Ф.** – д.м.н., с.н.с. заведующая научной лабораторией по изучению ИППП и Репродуктивных нарушений РСНПМЦДВиК
3. **Мирсаидова М.А.** – д.м.н., с.н.с. руководитель центра по непрерывному повышению квалификации врачей при РСНПМЦДВиК
4. **Рахматуллаева С.Н.**- к.м.н., м.н.с. научной лаборатории по изучению ИППП и Репродуктивных нарушений РСНПМЦДВиК
5. **Росстальная М.Л.** – к.м.н., м.н.с. научной лаборатории по изучению ИППП и Репродуктивных нарушений РСНПМЦДВиК

Рецензенты:

Якубович Андрей Игоревич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «Иркутский Государственный медицинский университет» МЗ России

Набиев Таълат Абдувахобович – д.м.н., профессор кафедры детской дерматовенерологии и СПИД ТМА

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. **Иноятлов Аваз Шавкатович** – д.м.н., заместитель директора РСНПМЦДВиК по лечебной работе.
2. **Джалилов Дилшод Сайфуллаевич** – к.м.н. заместитель директора РСНПМЦДВиК по научной работе.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению на заседании Ученого совета с участием профессорско-преподавательского состава РСНПМЦДВиК и высших учебных заведений, членов ассоциации дерматовенерологов Узбекистана, организаторов здравоохранения, а также врачей региональных учреждений дерматовенерологической службы в офлайн-формате _____(протокол №__).

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ».....	3
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ «ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ»	26
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ «ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ».....	33

Список сокращений:

АМП	антимикробный препарат
ВЗОМТ-	воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ГИ	гонококковая инфекция
ГК	гонококковый конъюнктивит
ГФ	гонококковый фарингит
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ДЭК	диатермозэлектрокоагуляция
ЕД	единицы действия
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
ИФА	иммуноферментный анализ
МАНК	методы амплификации нуклеиновых кислот
МНН	международное непатентованное название
МСМ	мужчины, имеющие секс с мужчинами
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
РНК	рибонуклеиновая кислота
УЗИ	ультразвуковое исследование
УДД	уровень достоверности доказательств
УУР	Уровень убедительности рекомендаций

Целевая аудитория: врачи дерматовенерологи, врачи общей практики, терапевты, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, стоматологи, офтальмологи, оториноларингологи, акушер-гинекологи, урологи, инфекционисты, педиатры, невропатологи, клинические ординаторы, магистранты, докторанты мед.вузов.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения гонококковой инфекции в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов: обследованию подлежат больные с гонококковой инфекцией и их половые партнеры.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств):

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или не рандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Не сравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

С

Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2. Основная часть.

1.1. Введение.

Гонорея (от др.-греч. γόνος «семенная жидкость» и ῥέω «теку») — инфекционное заболевание, вызываемое грамотрицательным диплококком — гонококком лат. *Neisseria gonorrhoeae*, передаваемое половым путём, характеризующееся поражением слизистых оболочек половых органов, органов мочеиспускания. Относится к венерическим заболеваниям.

Гонококковая инфекция относится к классическим венерическим болезням и является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Гонококковая инфекция поражает, главным образом, цилиндрический 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.

Структура заболеваемости

Источник инфекции – больной человек. Наиболее распространена среди уязвимых групп населения, таких как мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), работники секс-бизнеса, трансгендерные женщины. 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 тесном бытовом контакте с больной гонореей матерью и нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми.

Определение и заболеваемость

Гонококковая инфекция - инфекционное заболевание человека, вызываемое гонококками (*Neisseria gonorrhoeae*) - грамотрицательными диплококками, представляющими собой бобовидной формы, неподвижные, не образующие спор гноеродные бактерии.

По оценкам ВОЗ, в 2020 году было зарегистрировано 82,4 миллиона новых случаев заражения *N. Gonorrhoeae* среди взрослых в возрасте от 15 до 49 лет. В 2015 году ее уровень составил 18,5 случаев на 100000 населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,4 случая на 100000 населения, у лиц в возрасте 15-17 лет - 18,2 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте старше 18 лет - 22,2 случая на 100000 населения. В Узбекистане в 2023-м году заболеваемость гонореей составила 7,6 на 100 000 населения. Гонорея может вызывать симптомы в области половых органов, прямой кишке или глотке. Мужчины и женщины могут ощущать разные симптомы. Симптомы обычно появляются через 1–14 дней после сексуального контакта с инфицированным человеком. У мужчин общие симптомы включают боль или жжение при мочеиспускании, возможна гематурия, белые, желтые или зеленоватые выделения из полового члена, болезненные или опухшие яички. Тяжелым осложнением гонореи является бесплодие, как мужское, так и женское.

У женщин симптомы могут включать боль, рези или жжение при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, выделения из мочеиспускательного канала и влагалища, вагинальные кровотечения между менструациями или во время полового акта.

Анальная инфекция у женщин и мужчин может вызвать кровотечение и гнойные выделения из прямой кишки, зуд, болезненность, болезненную перистальтику и позывы на стул.

Гонококковая инфекция глотки часто не имеет симптомов. Если возникают симптомы, они могут включать покраснение и боль в горле. Из экстрагенитальных форм гонореи чаще всего встречается поражение коленных суставов, гонококковый гонит.

У младенцев, рожденных от матерей, больных гонореей, может развиваться глазная инфекция (офтальмия новорожденных, конъюнктивит, блефароконъюнктивит). Это сопровождается покраснением, болью, болезненностью, язвами и слезотечением, может привести к слепоте, вследствие поражения роговицы.

Клиническая классификация:

<https://diseases.medelement.com/disease/>

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:

У мужчин и женщин:

половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонококковой инфекцией).

У детей:

прохождение через родовые пути больной матери;

половой контакт;

контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

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 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.

Мужчины

Субъективные симптомы:

- 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);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Для детей

характерна выраженная клиническая картина и многоочаговость поражения.

Физикальное обследование

Женщины

Объективные симптомы: – гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;

- 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.

Мужчины

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- слизисто-гнойные или гнойные выделения из уретры.

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).

Основные диагностические исследования, проводимые на амбулаторном уровне:

Общий анализ крови;

Исследование на ВИЧ;

Скрининговые (отборочные) тесты на сифилис (один из них: КСР, РМП, RPR, ИХА, РПГА-качественный, ИФА)

Бактериоскопическое и культуральное исследование на *N. Gonorrhoeae*

[\[https://diseases.medelement.com/disease/\]](https://diseases.medelement.com/disease/)

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

Основные диагностические исследования, проводимые на стационарном уровне:

Определение ДНК ГИ методом ПЦР при поражении прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы генерализованных формах ГИ (качественный);

Скрининговые (отборочные) тесты на сифилис (один из них: КСР, РМП, RPR, ИХА, РПГА-качественный, ИФА)

Определение антител к ВИЧ методом ИФА или экспресс-методом

Микроскопическое, культуральное или ПЦР исследование на *N. gonorrhoeae* и другие ИППП

<https://diseases.medelement.com/disease/>

Дополнительные диагностические исследования, проводимые на стационарном уровне (в зависимости от клинической формы):

Общий анализ мочи

Общий анализ кала

Комплекс биохимических исследований

Подтверждающие тесты на сифилис (два из пяти (ИХА, РПГА-количественный), ИФА (IgM и суммарные антитела), РИБТ, Иммуноблот IgM, G РИФ (200, абс, Ц).

Диагностика *N. gonorrhoeae* и др ИППП другими методами (ПЦР, ИФА, культуральный, и пр.)

Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА

Иммуногистохимическое исследование

Кольпоскопия (по показаниям)

Обследование на Гепатит С и HBsAg

Бимануальное влагалищное исследование

Осмотр при помощи влагалищных зеркал

Двухстаканная проба Томпсона (для мужчин)

Ректо-абдоминальное исследование (по показаниям)

Уретроскопия (по показаниям)

Ларингоскопия (по показаниям)

УЗИ внутренних органов

<https://diseases.medelement.com/disease/>

Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: при развитии восходящего гонококкового поражения органов малого таза (пиосальпинкс, пельвиоперитонит) может потребоваться срочная хирургическая помощь.

Диагностические критерии постановки диагноза: обнаружение гонококков в мазках из очага поражения микроскопическим, бактериологическим или ПЦР, МАНК методом

Жалобы и анамнез:

Клинические проявления ГИ зависят от локализации патологического процесса и его распространенности, состояния иммунной системы больного.

Поражения слизистых оболочек гениталий при острой гонорее у женщин :

- болезненное мочеиспускание
- выделение слизи, гноя
- чувство жжения и боли в уретральном канале
- частые позывы к мочеиспусканию
- иногда с примесью крови (гематурия)

Поражения слизистых оболочек гениталий при острой гонорее у мужчин :

- болезненные мочеиспускания
- частыми эрекциями и непроизвольными семяизвержениями (поллюциями) со следами крови в сперме (гемоспермия),
- выделение слизи, гноя
- чувство жжения и боли в терминальном отделе уретрального канала

- частые позывы к мочеиспусканию
- иногда с примесью крови (гематурия)
- орхит
- эпидидимит
- простатит

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

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 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. Объективные симптомы: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
 - 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.

Мужчины

Субъективные симптомы:

- 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);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- слизисто-гнойные или гнойные выделения из уретры.

Для детей характерна выраженная клиническая картина и многоочаговость поражения.

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

Женщины

- гонококковый вестибулит.

Субъективные симптомы:

- незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- болезненность и отечность в области протоков вестибулярных желез.

Объективные симптомы:

- гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез;
- болезненность и отечность протоков вестибулярных желез при пальпации.

У лиц обоего пола - гонококковое поражение парауретральных желез.

Субъективные симптомы:

- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала; болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- болезненность в области выводных протоков вестибулярных желез.

Объективные симптомы:

- наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков вестибулярных 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 желтоватого или красноватого цвета;

Эпидемиологический анамнез [1,2,3]:

- контакт с больным с диагнозом «Гонорея»;
- наличие выделений и других симптомов цистита, эндоцервицита у больного в прошлом диспансерный учет по ГИ .

Физикальное обследование:

- выделением слизи, гноя, болезненное мочеиспускание
- чувство жжения и боли в терминальном отделе уретрального канала
- частые позывы к мочеиспусканию
- иногда с примесью крови (гематурия)
- офтальмогонорея (конъюнктивит, кератит, иридоциклит и др.);
- гонококковый фарингит (чувство сухости в ротоглотке; боль, усиливающаяся при глотании; осиплость голоса.);
- гонококковая инфекция аноректальной области : 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.
- гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез 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
- гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин) сопровождаются симптомами общей интоксикации: повышением температуры тела, общей слабостью, утомляемостью.

Клиническим материалом для лабораторных исследований является:

– у женщин:

отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, влагалища, нижнего отдела прямой кишки, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами);

при наличии показаний - отделяемое ротоглотки, больших вестибулярных и парауретральных желез, слизистой оболочки конъюнктивы глаз;

– у мужчин:

отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами);

при наличии показаний - отделяемое нижнего отдела прямой кишки, ротоглотки, слизистой оболочки конъюнктивы глаз;

секрет предстательной железы;

– у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией

– отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища, нижнего отдела прямой кишки; при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал

– отделяемое цервикального канала,

при наличии показаний - отделяемое ротоглотки, конъюнктивы.

Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований:

– микроскопического исследования 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. Характеризуется низкой чувствительностью (45-64%) при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции;

– культурального исследования с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств *N. gonorrhoeae* (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров). Метод позволяет определять чувствительность гонококков к антибактериальным препаратам;

– молекулярно-биологических методов исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. gonorrhoeae* (А), с использованием тест - систем, разрешенных к медицинскому применению в РУз.

У детей диагноз гонококковой инфекции устанавливается на основании результатов культурального и/или молекулярно-биологических методов исследования. С позиций доказательной медицины применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики гонококковой инфекции не целесообразно

Консультации других специалистов рекомендованы по показаниям в следующих случаях:

– акушера-гинеколога - при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза;

– уролога - с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы,

при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимита, эпидидимоорхита, простатита;

– офтальмолога, оториноларинголога, проктолога, ревматолога,

у детей – неонатолога, педиатра - с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования.

[\[https://diseases.medelement.com/disease/\]](https://diseases.medelement.com/disease/)

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов.

Общий анализ мочи: слизь, лейкоциты, бактерии.

Биохимический анализ крови: изменений не выявлено

<https://diseases.medelement.com/disease/>

Специфическая лабораторная диагностика:
для идентификации <i>N. gonorrhoeae</i> микроскопическим, культуральным методом и методом амплификации РНК (NASBA), ПЦР
Серологический метод диагностики сопутствующих инфекций (сифилис, гепатиты, ВИЧ):
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антител классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> определение антител к бледной <i>трепонеме (Treponema pallidum)</i> в нетрепонемных тестах (РПР, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови;
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> определение антигена вируса гепатита С в крови.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ПЦР: обнаружение ДНК ГИ слизистых и/или форменных элементах крови указывает на активную инфекцию.
<input type="checkbox"/> 2-стаканная проба Томсона;
<input type="checkbox"/> исследование секрета предстательной железы (по показаниям)
<input type="checkbox"/> УЗИ органов малого таза;
https://diseases.medelement.com/disease/

Инструментальные исследования:

Кольпоскопия (при воспалительных поражениях слизистой влагалища и шейки матки);

УЗИ органов брюшной полости: при эндометрите, сальпингооофорите, перитоните, увеличении лимфатических узлов и др.;

ИФА: определение антител к ВИЧ.

<https://diseases.medelement.com/disease/>

Показания для консультации узких специалистов:

консультация акушер-гинеколога: при беременности и поражении органов малого таза;

консультация уролога: при поражении предстательной железы ;

консультация офтальмолога: при офтальмогонорее;

консультация проктолога: при поражении ректальной области;

консультация оториноларинголога: при гонококковом фарингите;

консультация хирурга: при развитии абсцесса бартолиновых желез;

<https://diseases.medelement.com/disease/>

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (*T. vaginalis*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*), условно - патогенными микроорганизмами (грибами рода *Candida*, микроорганизмами,

ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса). Дифференциальный диагноз гонококкового эпидидимоорхита проводят с водянкой, туберкулезным или сифилитическим эпидидимоорхитом, 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.)

Оцениваемые параметры	Гонококковая инфекция	Микоплазменная инфекция	Хламидийная инфекция	Урогенитальный трихомониаз	Бактериальный вагиноз	Урогенитальный кандидоз
<i>Выделения из половых путей</i>	Слизистогнойные или гнойные без запаха, жидкие	Слизистые или слизистогнойные без запаха	Слизистые мутные или слизистогнойные без запаха	Серо-желтого или зеленоватого цвета, пенистые с неприятным запахом	Гомогенные беловато-серые, мазеподобные с запахом сырой рыбы	Белые, творожистые, сливкообразные, с кисловатым запахом
<i>Гиперемия слизистых оболочек мочевого тракта</i>	Часто	Часто	Преимущественно слизистой оболочки шейки матки	Часто	Редко	Часто
<i>Зуд/жжение в области наружных половых органов</i>	Часто	Редко	Редко	Часто	Редко	Часто
<i>Дизурия</i>	Часто	Часто	Часто	Часто	Редко	Редко
<i>Диспареуния</i>	Часто	Часто	Часто	Часто	Редко	Часто
<i>Ph вагинального экссудата</i>	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 (лейкоцитарная реакция, количество эпителиальных клеток)	Для верификации и диагноза не	Присутствие <i>Tr. Vaginalis</i>	Наличие «ключевых» клеток	Грибы <i>Candida</i> с преобладанием
	с типичными и морфологическими и тинкториальными свойствами		проводится			ем мицелия и почкующихся дрожжевых клеток
Культуральное исследование	<i>N. Gonorrhoeae</i>		<i>Ch. Trachomatis</i>	<i>Tr. Vaginalis</i>	Преобладание <i>G. Vaginalis</i> и облигатно-анаэробных видов	Рост колоний <i>Candida</i> в титре более 10 ³ КОЕ/мл
Молекулярно-биологические методы исследования	<i>N. Gonorrhoeae</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>	<i>Ch. Trachomatis</i>	<i>Tr. Vaginalis</i>	<i>G. Vaginalis</i>	<i>Candida albicans</i>

<https://diseases.medelement.com/disease/>

<https://diseases.medelement.com/disease/>

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ

Диагностику гонококковой инфекции рекомендовано проводить:

- лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы, при наличии показаний – прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы;
- при предгравидарном обследовании;
- при обследовании женщин во время беременности (тройкратно: при постановке на учет по поводу беременности, при сроке беременности 27- 30 недель и 36-40 недель);
- беременным, поступающим на роды без документов о результатах обследования на ИППП;
- при предстоящих оперативных (инвазивных) манипуляциях на органах малого таза;
- лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе;
- половым партнёрам больных ИППП;
- лицам, перенесшим сексуальное насилие.

При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется провести повторное серологическое обследование на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С - через 3-6-9 месяцев.

Лечение. Общие подходы к лечению больных гонореей

Общие положения

Показанием к проведению лечения является обнаружение *N. gonorrhoeae* при микроскопическом и/или культуральном исследованиях и/или исследовании молекулярно-биологическими методами, у пациента либо у его полового партнера.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

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.

При наличии обильных, раздражающих кожу и слизистые, выделений из половых путей, зуда и эрозивно-язвенных высыпаний, допускается проведение санаций половых путей растворами антисептиков.

При осложненном течении заболеваний дополнительно рекомендуется назначение патогенетической и физиотерапевтической терапии.

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

Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией, проводится при участии неонатологов.

Рекомендуется проводить **профилактическое** лечение даже при отсутствии у них гонококковой инфекции.

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

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

Медикаментозное лечение:

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

Таблица-1

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

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
-------------------------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПЕРИУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ (А. 54.0.) (свежий, острый процесс до двух месяцев)			
Антибактериальные препараты	Цефтриаксон	500 мг внутримышечно однократно;	А https://search.app/u1wQyRKwmppDq84Q9
	Цефиксим	400 мг перорально однократно	В https://search.app/u1wQyRKwmppDq84Q9
	Спектиномицин	2,0 г внутримышечно однократно	https://search.app/u1wQyRKwmppDq84Q9

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ ПЕРИУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ (А 54.1), ГОНОКОККОВЫЙ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ И ДРУГАЯ ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕПОЛОВОХ ОРГАНОВ (А 54.2) (хроническая гонорея свыше двух месяцев)			
Антибактериальные препараты	цефтриаксон	1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течении 14 дней	А https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3119616/
	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		В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3119616/
	Цефотаксим	1,0 г внутривенно каждые 8 часов в течении 14 дней	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3119616/
	Спектиномицин	2,0г внутримышечно каждые 12 часов в течение 14 дней	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3119616/

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов

определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ГЛАЗ (А 54.3)

Антибактериальные препараты	Цефтриаксон	500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течении 3 дней;	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31119616/
	Цефотоксим	1,0, в/м каждые 12 часов, на курс – 10 г;	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31119616/
	Доксициклин	100 мг внутрь, на курс – 2,0 г.	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31119616/
	Канамицин	1млн ЕД, в\м, каждые 12 часов, на курс – 12,0 г;	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31119616/
	Рокситромицин	150 мг внутрь каждые 12 часов, на курс – 3,0 г;	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31119616/
	Азитромицин	500 мг внутрь, на курс – 3,0 г.	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31119616/

<https://search.app/u1wQyRKwmpDq84Q9>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31754194/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35416971/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31119616/>

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан. При наличии показаний в терапии могут применяться антимикотические препараты.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

ТАШКЕНТ – 2025

Введение.

Гонорея (от др.-греч. γόνος «семенная жидкость» и ῥέω «теку») — инфекционное заболевание, вызываемое грамотрицательным диплококком — гонококком лат. *Neisseria gonorrhoeae*, передаваемое половым путём, характеризующееся поражением слизистых оболочек половых органов, органов мочеиспускания. Относится к венерическим заболеваниям.

Гонококковая инфекция относится к классическим венерическим болезням и является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Гонококковая инфекция поражает, главным образом, цилиндрический 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.

Показания для назначения терапии

- выделение и идентификация внутриклеточных грамотрицательных диплококков при микроскопии материала, полученного из гениталий;
- полученные культуры *Neisseria gonorrhoeae* или положительные результаты амплификационного теста на антиген *Neisseria gonorrhoeae* при исследовании материала, полученного из пораженного очага любой локализации;
- по эпидемиологическим показаниям, если у полового партнера подтверждена гонококковая инфекция.

ГОНОКОККОВАЯ ОФТАЛЬМИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Диагноз устанавливается на основании выявления типичных гонококков в образцах конъюнктивного экссудата с последующим культуральным исследованием.

Рекомендуемые схемы

- цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 25-50 мг на кг массы тела (не более 125 мг) 1 раз в сутки внутримышечно или внутривенно в течение 2-3 дней.
- цефотаксим, 25 мг\кг или в\м каждые 12 часов (при диссеминированной гонококковой инфекции у новорожденных), на курс – 2 г.

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ (А 54.4)

Применяют схемы лечения, указанные в разделе «Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез (А 54.1), гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (А 54.2)», по показаниям – нестероидные противовоспалительные препараты.

ГОНОКОККОВЫЙ ФАРИНГИТ (А 54.5). ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ (А 54.6)

Применяют схемы лечения, указанные в разделе «Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных и придаточных желез (А.54.0.)».

ДРУГИЕ ГОНОКОККОВЫЕ ИНФЕКЦИИ (А 54.8). ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НЕ УТОЧНЕННАЯ (А 54.9)

Применяют схемы лечения, указанные в разделе «Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез (А 54.1), гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (А 54.2)».

При наличии показаний проводят симптоматическую, патогенетическую терапию, применяют физиотерапевтические методы лечения.

ОСОБЫЕ СИТУАЦИИ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Противопоказаны: тетрациклины, фторхинолоны, аминогликозиды.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

• Рекомендуется для лечения беременных с целью эрадикации *N. Gonorrhoeae* клинического выздоровления назначать один из следующих антибактериальных препаратов:
цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

или

цефиксим 400 мг перорально однократно.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

или

спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.

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.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕОНАТАЛЬНОЙ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

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

Лечение детей (при массе тела менее 45 кг): – цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 125 мг внутримышечно однократно (D) Альтернативный препарат: – спектиномицин, порошок для приготовления раствора для инъекций 40 мг на кг массы тела (не более 2,0 г) внутримышечно однократно(D).

Лечение офтальмии новорожденных: – цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 25-50 мг на кг массы тела (не более 125 мг) 1 раз в сутки внутримышечно или внутривенно в течение 2-3 дней (D). Альтернативный препарат: – спектиномицин, порошок для приготовления раствора для инъекций 40 мг на кг массы тела (не более 2,0 г) внутримышечно однократно (D).

Профилактика гонококковой офтальмии новорожденных

Профилактику офтальмии следует проводить всем новорожденным сразу же после рождения одним из нижеуказанных препаратов: – сульфацил-натрия, раствор 30% однократно (девочкам - с дополнительной обработкой половых органов) (D) или

– эритромицин, глазная мазь 0,5% однократно (D).

Профилактическое лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией: – цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (D) 25-50 мг на кг массы тела (но не более 125 мг) внутримышечно однократно.

ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

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.

Уровень убедительности рекомендаций C(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* 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.
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.

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.

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.

При наличии обильных, раздражающих кожу и слизистые, выделений из половых путей, зуда и эрозивно-язвенных высыпаний, допускается проведение санаций наружных гениталий растворами антисептиков.

При массе тела более 45 кг применяют схемы лечения для взрослых с учетом противопоказаний к назначению препаратов.

Основные принципы лечения больных гонореей

Клиническое и лабораторное обследование больных с целью выявления сопутствующих заболеваний (сифилис, хламидиоз, трихомониаз и т. п.) и одномоментного их лечения.

Комплексное лечение, включающее следующие виды терапии:

- этиотропное (для уничтожения возбудителя);
- патогенетическое (для повышения сопротивляемости организма к инфекции);
- симптоматическое (для ликвидации патологических изменений в пораженной ткани);
- индивидуальное лечение с учетом пола, возраста больного, клинической формы, тяжести патологического процесса, наличия осложнений;
- соблюдение больными во время и после лечения определенного режима питания, исключающего прием алкоголя и острой пищи, воздержания от половых контактов и физических нагрузок;
- одновременное лечение половых партнеров.

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

Конкретный план лечения различных форм гонорей

- гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных и придаточных желез – антибиотикотерапия;
- лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез (хроническая гонорея); проводят иммуно-, общеукрепляющую терапию и назначают антибиотики, по показаниям проводят местное лечение;
- острая восходящая гонорея (острый эпидидимит, простатит, везикулит) и другие формы заболевания: постельный режим, антибиотики, иммуно- и общеукрепляющая терапия, нестероидные противовоспалительные средства. После снятия острого воспалительного процесса назначают физиотерапию и местное лечение.

При выборе средств антибактериальной терапии необходимо учитывать чувствительность возбудителя к лекарственным средствам, показания и противопоказания к их назначению, индивидуальную непереносимость, фармакокинетику, фармакодинамику, механизм и спектр антимикробного действия, а также взаимодействие с другими лекарственными средствами. Следует учитывать возможную пенициллинорезистентность гонококков

При остропротекающих, неосложненных рецидивах гонореи можно применять альтернативные антибиотики из группы тетрациклинов, макролидов, амино-гликозидов или их комбинации.

У больных с вялым малосимптомным течением рецидива, который наблюдаются чаще у мужчин, антибиотикотерапию следует приводить лишь после иммунотерапии.

Осложненную и восходящую гонококковую инфекцию в острой стадии заболевания рекомендуется начинать лечить с введения антибиотиков и общеукрепляющего лечения. Лишь после снятия островоспалительных явлений приступают к физиотерапии. Местное лечение проводят после окончания курса антибиотиков. Мужчинам, женщинам, предполагаемым источникам заражения или половым партнерам необходимо проводить лечение по схеме осложненной гонореи.

Показания к стационарному лечению

Гонорея у детей, беременных, осложненное течение гонококковой инфекции (эндометрит, сальпингоофарит, пельвиоперитонит, простатит, эпидидимит, орхоэпидидимит, поражение сердечно-сосудистой, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и т. п.).

Продолжительность стационарного лечения определяется характером клинических проявлений и степенью тяжести воспалительного процесса и осложнений.

Если быстрые диагностические тесты недоступны, то при наличии гнойных выделений из уретры у мужчин или признаков слизисто-гнойного цервицита у женщин лечение необходимо начинать сразу после забора материала для лабораторных исследований, не дожидаясь результатов исследований. В таких обстоятельствах показано комбинированное лечение гонококковой и хламидийной инфекции.

Хирургическое лечение: не проводится

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

ТАШКЕНТ – 2025

Введение.

Гонорея (от др.-греч. γόνος «семенная жидкость» и ῥέω «теку») — инфекционное заболевание, вызываемое грамотрицательным диплококком — гонококком лат. *Neisseria gonorrhoeae*, передаваемое половым путём, характеризующееся поражением слизистых оболочек половых органов, органов мочеиспускания. Относится к венерическим заболеваниям.

Гонококковая инфекция относится к классическим венерическим болезням и является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Гонококковая инфекция поражает, главным образом, цилиндрический 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.

Профилактические (противоэпидемические) мероприятия[1]:

- ограничение контактов с зараженным человеком;
- стандартные методики соблюдения здорового образа жизни - правильный режим сна и бодрствования, общеукрепляющие процедуры: гимнастика, закаливание, правильный рацион питания;
- необходима тщательная дезинфекция палат, белья, стерилизация медицинского инструментария и средств индивидуального ухода;
- медицинский персонал во избежание заражения и передачи инфекции должен быть тщательно обследован и обязан соблюдать правила личной гигиены;
- проведение санитарно-просветительских бесед с населением о распространении ИППП

Профилактика гонококковой офтальмии новорожденных

- эритромицин, глазная мазь 0,5% однократно
- 30% раствор сульфацил-натрия закапывают в глаза сразу после рождения и через 2 часа процедуру необходимо повторить. Девочкам одновременно таким же раствором обрабатывают половые органы.

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

- цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 25-50 мг на кг массы тела (но не более 125 мг) внутримышечно однократно.

Требование к результатам

Эрадикация *Neisseria gonorrhoeae* и разрешение клинических проявлений гонококковой инфекции.

Тактика при отсутствии эффекта лечения

- определение чувствительности *Neisseria gonorrhoeae* к антибиотикам;

- определение бета-лактомазной активности *Neisseria gonorrhoeae* (при наличии показаний);
- назначение антибиотика (или комбинации препаратов) других химических групп.

Требования к результатам лечения

- эрадикация *N. gonorrhoeae*; – клиническое выздоровление.
- 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.

Список литературы

1. Всемирная Организация Здравоохранения. Гонорея (инфекция, вызванная *Neisseria gonorrhoeae*). 2025
2. Гонококковая инфекция. Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2021г
3. Гонококковая инфекция. Клинические протоколы МЗ Республики Казахстан. – 2019г
4. Кубанов А.А., Соломка В.С., Рахматулина М.Р., Дерябин Д.Г. Устойчивость *Neisseria gonorrhoeae* к антимикробным препаратам и средства терапии гонококковой инфекции: вчера, сегодня, завтра. Вестник дерматологии и венерологии. 2022;98(3):15–23. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1317>
5. Приказ № 633 от 23.10.2017. «О внесении изменений в документы, регламентирующих работу дерматовенерологической службы»
6. Рахматулина М.Р. Гонококковая инфекция: тактика диагностики и терапии согласно российским и зарубежным клиническим рекомендациям. – 2015. - №2. – С.41-48.
7. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных гонококковой инфекцией. Рахматуллина М.Р., Соколовский Е.В., Фриго Н.В. Дерматовенерология. – М. – 2013.-768 с.
8. European Guideline on the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults 2015: http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2015/Gonorrhoea_2015.pdf
9. 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
10. STI Treatment Pocket European Guidelines 2019 as of June 2019. <http://iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>.
11. 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/>
12. 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.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15507106/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33445474/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29186248/>
[<https://diseases.medelement.com/disease/>]
<https://search.app/u1wQyRKwmppDq84Q9>
https://www.vidal.ru/drugs/doxycycline__13306
https://www.vidal.ru/drugs/cefotaxime__3524
https://www.vidal.ru/drugs/doxycycline__13306
https://www.vidal.ru/drugs/kanamycin__12618
https://www.vidal.ru/drugs/roxithromycin__43091
https://www.vidal.ru/drugs/azithromycin__31410