

Клинические рекомендации – Гонококковая инфекция – 2024-2025-2026 (09.07.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: A54

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 218

По состоянию на 09.07.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Межрегиональная общественная организация "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

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 по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 капсулоподобным 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 непилерованного в пилерованное 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 протеин I (гонококки с протеином IA чаще ассоциируются с диссеминированной гонококковой инфекцией, а с протеином GB – с резистентностью к антибактериальным препаратам), протеин 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), протеин III (снижающий бактерицидную активность сыворотки крови путем экспрессии блокирующих антител).

При исследовании на ультратонких срезах гонококка 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 протеина 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 мочеполового 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 транзитной гонококкемией или гонококковым сепсисом, проявляющимся гонококковой септицемией 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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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.

В Российской Федерации за последние годы отмечается снижение показателей заболеваемости гонококковой инфекцией, однако они остаются достаточно высокими – в 2022 году уровень заболеваемости составил 8,1 на 100 тысяч населения.

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

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;

A54.8 – 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;

A54.9 – Гонококковая инфекция неуточненная.

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая классификация гонококковой инфекции основана на локализации патологического процесса.

1. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования

парауретральных и придаточных желез:

- 1.1. уретрит;
- 1.2. цервицит;
- 1.3. цистит;
- 1.4. вульвовагинит.

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

- 2.1. абсцесс больших вестибулярных желез;
- 2.2. парауретрит;
- 2.3. вестибулит.

3. Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов:

- 3.1. эпидидимит;
- 3.2. орхит;
- 3.3. простатит;
- 3.4. сальпингоофорит;
- 3.5. эндометрит;
- 3.6. пельвиоперитонит.

4. Гонококковая инфекция глаз:

- 4.1. конъюнктивит;
- 4.2. иридоциклит;
- 4.3. офтальмия новорожденных.

5. Гонококковая инфекция костно-мышечной системы:

- 5.1. артрит;
- 5.2. бурсит;
- 5.3. остеомиелит;
- 5.4. синовит;
- 5.5. теносиновит.

6. Гонококковый фарингит.

7. Гонококковая инфекция аноректальной области.

8. Другие гонококковые инфекции:

- 8.1. абсцесс мозга;
- 8.2. эндокардит;
- 8.3. менингит;
- 8.4. миокардит;
- 8.5. перикардит;
- 8.6. пневмония;
- 8.7. сепсис;
- 8.8. поражение кожи.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 urgentные 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 вестibuлярных желез; незначительные гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; болезненность и отечность в области протоков вестibuлярных 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 просыное 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 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 (912 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 патогномичных 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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

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 осмотр шейки матки в зеркалах (с помощью зеркала Куско); оценка выделений в заднем и задне-боковых 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. Лабораторные диагностические исследования

- 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 – **C** (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 – **B** (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/и 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 – **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

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 ДНК и/или РНК *N. gonorrhoeae*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации (ПЦР, 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 и/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 (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, 46].

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, 47].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Не применяются.

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендуется прием (осмотр, 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, 46].

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

- Рекомендуется прием (осмотр, 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, 46].

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

- Рекомендуется прием (осмотр, 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, 46].

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

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

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

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 системного действия у взрослых:

цефтриаксон** [12-15, 19, 44, 45].

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

Комментарии: Согласно мировым данным о растущей антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae* к применяемым препаратам цефтриаксон** применяются в дозировке 1 г внутримышечно однократно [12-15, 19, 44, 45].

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** [12-15, 19, 20, 21].

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

Комментарии: Согласно мировым данным цефтриаксон** применяют 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 3 дней [12-15, 19, 20, 21].

- Рекомендуется для лечения гонококкового фарингита и гонококковой инфекции аноректальной области желез у взрослых с целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления назначать один из следующих антибактериальных препаратов системного действия:

цефтриаксон** [12-15, 18, 19, 44, 45].

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

Комментарии: Согласно мировым данным цефтриаксон** применяют 1 г внутримышечно однократно [12-15, 18, 19, 44, 45].

или

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

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) у взрослых с целью эрадикации *N. gonorrhoeae* и клинического выздоровления назначать один из следующих антибактериальных препаратов системного действия:

цефтриаксон** 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней [12-15, 18, 19, 48].

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, 48].

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

Комментарии: Через 24-48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии, при условии исчезновения клинических симптомов заболевания, возможно продолжение терапии цефалоспоридами третьего поколения перорально [13-14, 19, 22-25].

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

цефтриаксон** [20, 26, 27, 42, 43, 44, 45].

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

Комментарии: Согласно мировым данным о растущей антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae* к применяемым препаратам цефтриаксон** по строгим показаниям цефтриаксон** применяется в дозировке 1 г внутримышечно однократно [20, 26, 27, 42, 43, 44, 45].

или

цефиксим 400 мг перорально однократно [26, 27].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2)

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 системного действия:

цефтриаксон** [13-15, 29, 31-33, 34, 49].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Согласно мировым данным применяют в дозировке 125 мг внутримышечно однократно [49].

или

спектиномицин 40 мг на кг массы тела (не более 2,0 г) внутримышечно однократно [13-15, 29, 31-33, 34].

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

Комментарии: Спектиномицин противопоказан детям до 3 лет. 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 исключать половой путь передачи.

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

цефтриаксон** [29, 30, 31, 45].

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

Комментарии: Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией, проводится при участии врачей-неонатологов. Согласно мировой практике цефтриаксон** применяется 25-50 мг на кг массы тела (не более 125 мг) внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки в течение 3 дней [29, 30, 31, 45].

- 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)

Комментарии: Согласно мировым данным также проводится профилактическое лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией, даже при отсутствии у новорожденных гонококковой инфекции, применяют цефтриаксон** 25-50 мг на кг массы тела (но не более 125 мг) внутримышечно однократно [29-31].

- 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 системного действия других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов [31, 34, 46].

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

Комментарии: антибактериальную терапию гонококковой инфекции не следует дополнять проведением системной энзимотерапии, иммуномодулирующей терапии и терапии антисептическими и дезинфицирующими средствами [31, 34, 46].

3.2. Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3. Иное лечение

Диетотерапия не показана.

Обезболивание не проводится.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применяется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика

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

Диспансерное наблюдение

- Рекомендовано установление излеченности гонококковой инфекции проводить на основании культурального метода проводится 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 [10, 20, 39].

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

- Рекомендовано при отсутствии эффекта от лечения:
 - исключить реинфекцию;
 - проведение исследований для определения чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам;
 - назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов [34, 39].

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

6. Организация оказания 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 форма N 089-у/кв "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки" в порядке установленном письмом Министерства здравоохранения РФ от 2 марта 2015 г. N 13-2/25.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

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 HIV 2) 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

N	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнено подтверждение диагноза микроскопическим <*> и/или Микробиологическим (культуральным) и/или молекулярно-биологическими методами исследования	Да/Нет
2	Проведена терапия цефтриаксоном** или цефотаксимом** или цефиксимом или спектиномицином	Да/Нет

<*> только при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с манифестными проявлениями гонококковой инфекции

Список литературы

1. Hook EW III, Handsfield NH. 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, Ostergaard 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 М.В., Гущин А.Е., Савочкина Ю.А., Быков А.С., Шипулин Г.А. 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. – N 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, Wasilauskas 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. – N 1. – С. 51-53.

33. Рахматулина М.Р., Шаталова А.Ю. К вопросу о резистентности *N. gonorrhoeae* у несовершеннолетних. *Вестник последипломного медицинского образования*. – 2008. – N 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 N 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. N 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 диагностик и терапии согласно российским и зарубежным клиническим рекомендациям. *Вестник дерматологии и венерологии* N 2, 2015

44. Fifer H, Saunders J, Soni S, Sadiq ST, FitzGerald M. 2018 UK national guideline for the management of infection with *Neisseria gonorrhoeae*. *Int J STD AIDS*. 2020 Jan; 31(1): 4-15. doi: 10.1177/0956462419886775. PMID: 31870237.
45. National Guidelines on Diagnosis and Treatment of Gonorrhea in China (2020)
46. Кожные и венерические болезни: учебник/под ред. О.Ю. Олисовой. – М.: Практическая медицина, 2015. – 288 с.: ил. ISBN 978-5-98811-337-9
47. Филатова Е.Н. и др. Диагностика гонореи: есть ли необходимость биологической провокации?//*Consilium medicum*. – 2004. – Т. 6. – N. 3. – С. 197-199.
48. Асхаков М.С. Общие принципы лечения хламидийной инфекции, микст-инфекции и инфекционных уретропростатитов/М.С. Асхаков//*Вестник молодого ученого*. – 2017. – N 1(16). – С. 19-25. – EDN YMRNML.
49. Bambang AW, Idrus I, Amin S, Iswanty M. Gonorrhea vaginitis in a pediatric patient: a case report. *Pan Afr Med J*. 2021 Apr 14; 38: 358. doi: 10.11604/pamj.2021.38.358.28390. PMID: 34367437; PMCID: PMC8308951.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Кубанов Алексей Алексеевич – академик РАН, президент "ООО "РОДВК", директор ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России.
2. Серов Владимир Николаевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент ООО "РОАГ".
3. Абудуев Назирбек Каримуллаевич – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Аполихина Инна Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.
5. Богданова Елена Витальевна – старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
6. Васильев Михаил Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
7. Герасимова Наталья Авенировна – кандидат биологических наук, старший научный сотрудник научного экспериментально-лабораторного отдела УрНИИДВиИ Екатеринбург, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
8. Гомберг Михаил Александрович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов", Член Royal College of Physicians (RCP), Член Американской Академии Дерматологии (AAD), член Европейской Академии Дерматовенерологии (EADV), Старший Советник Международного Союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем (IUSTI).
9. Долгушина Наталья Витальевна – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора – руководитель департамента организации научной деятельности ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

10. Земцов Михаил Алексеевич – кандидат медицинских наук, Заслуженный врач РФ, главный врач ГБУЗ СК КККВД, главный внешний дерматовенеролог и косметолог Министерства здравоохранения Ставропольского края, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

11. Зиганшин Олег Раисович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ "ЧОУУВД", заведующий кафедрой ФГБОУ ВО "ЮУГМУ" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

12. Катунин Георгий Леонидович – кандидат медицинских наук, врач-дерматовенеролог ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

13. Козлов Роман Сергеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор НИИ антимикробной химиотерапии ГОУ ВПО "Смоленская государственная медицинская академия".

14. Любасовская Людмила Анатольевна – кандидат медицинских наук, заведующая отделением клинической фармакологии антимикробных и иммунобиологических препаратов института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

15. Межевитинова Елена Анатольевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

16. Минуллин Искандэр Кагапович – главный врач ГАУЗ "Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер", член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

17. Нечаева Ирина Анатольевна – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

18. Онихченко Виктория Викторовна – главный врач ГБУЗ НСО "Новосибирской областной клинической кожно-венерологический диспансер", главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Новосибирской области, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

19. Перламутров Юрий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

20. Плахова Ксения Ильинична – доктор медицинских наук, ученый секретарь, и.о. заведующего отделом ИППП ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

21. Потекаев Николай Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава РФ, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России", президент Национального альянса дерматологов и косметологов России.

22. Припутневич Татьяна Валерьевна – доктор медицинских наук, заведующий отделом микробиологии, клинической фармакологии и эпидемиологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

23. Прожерин Сергей Витальевич – врач-дерматовенеролог ГБУЗ Свердловской области "Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД", член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

24. Рахматулина Маргарита Рафиковна – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом клинической лабораторной диагностики ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, член Российского общества

дерматовенерологов и косметологов.

25. Соколовский Евгений Владиславович – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии с клиникой "ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова", член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

26. Соломка Виктория Сергеевна – доктор биологических наук, заместитель директора по научной работе ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

27. Сысоева Татьяна Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии РМАПО, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

28. Тартаковский Игорь Семенович – доктор медицинских наук, профессор, председатель комитета по микробиологии Федерации лабораторной медицины.

29. Фриго Наталья Владиславовна – доктор медицинских наук, заместитель директора по науке ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов".

30. Хрянин Алексей Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

31. Чикин Вадим Викторович – старший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, акушеры-гинекологи, урологи, педиатры;
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

Таблица 1. 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 нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая

5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов
---	--

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор, рандомизированные контролируемые исследования с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные контролируемые исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных контролируемых исследований, 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

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (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)

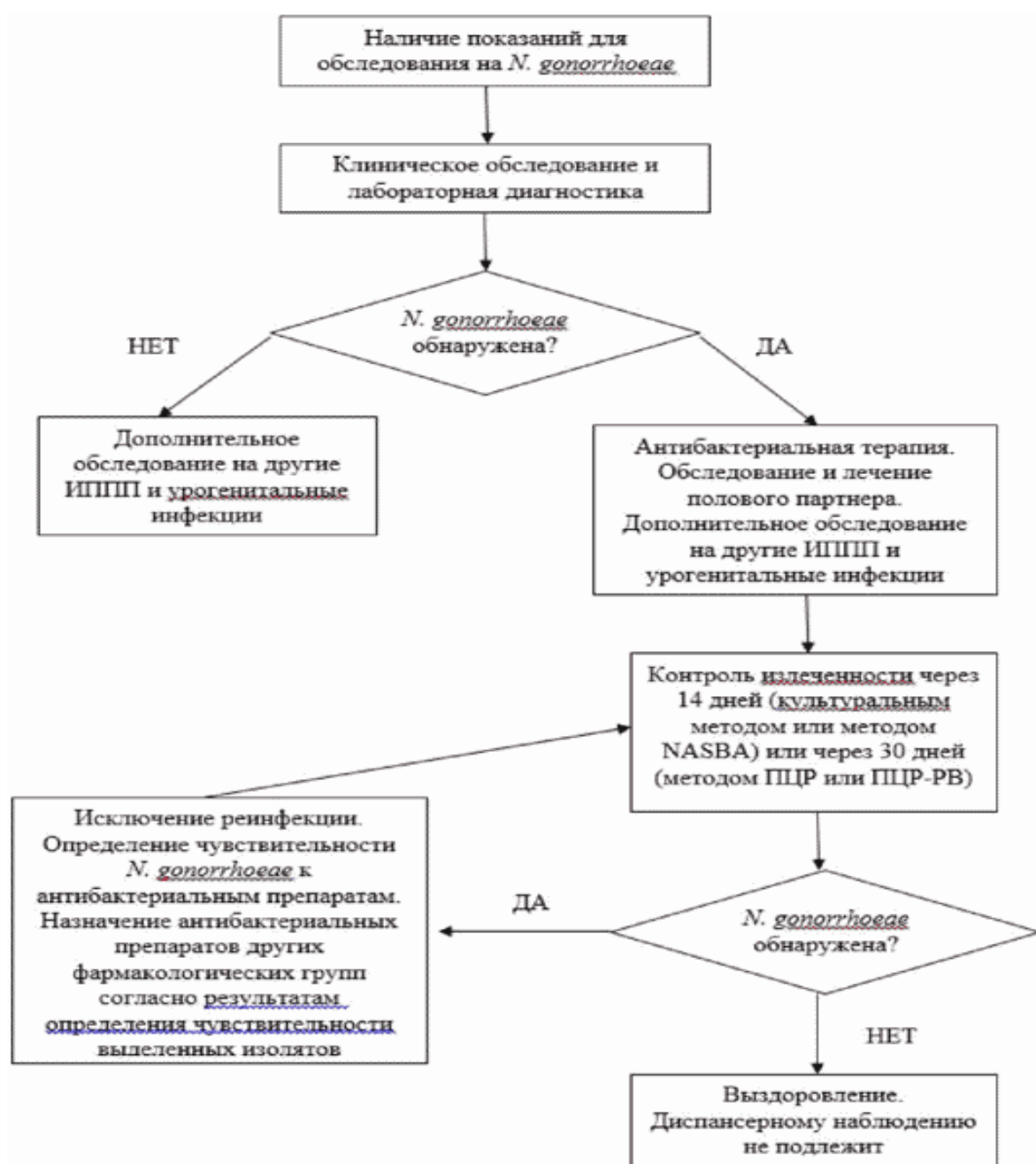
Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, 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 клиническими рекомендациями, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

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

1. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 924н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "дерматовенерология"

Алгоритмы действий врача



Приложение В

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. Рекомендуются обследование на другие инфекции, передаваемые половым путем.

Приложение Г1-ГН

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Общепринятой шкалы оценки не существует.

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.