Сифилис

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A50, A51, A52, A53 · Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Сифилис — инфекция, вызываемая Treponema pallidum и преимущественно передающаяся половым путём; заболевание может поражать кожу, слизистые оболочки, нервную систему, внутренние органы и опорно-двигательный аппарат. Рекомендация охватывает диагностику и лечение приобретённого и врождённого сифилиса, включая нейросифилис, беременность, ВИЧ-инфекцию и последующее клинико-серологическое наблюдение.

Главное

- Ориентир для стадирования: ранние формы — до 2 лет от заражения, поздние — более 2 лет; для нейросифилиса условная граница составляет 5 лет. Скрытый сифилис диагностируют при отсутствии клинических проявлений и положительных серологических тестах: до 2 лет — ранний, более 2 лет — поздний, при неизвестной давности — неуточнённый.
- Первичный сифилис обычно проявляется безболезненной эрозией или язвой с плотноэластическим инфильтратом и регионарным безболезненным лимфаденитом. Вторичный сифилис сопровождается распространёнными высыпаниями на коже и слизистых, возможны алопеция, лейкодерма и поражение внутренних органов или нервной системы.
- Для массового скрининга используют нетрепонемные тесты; в особых целевых группах — беременных, доноров, пациентов психиатрического, неврологического, кардиологического, офтальмологического и оториноларингологического профиля, а также ВИЧ-инфицированных — комбинацию нетрепонемного и трепонемного тестов (УУР С, УДД 5).
- Трепонемные тесты используют для подтверждения положительных результатов нетрепонемных тестов, но не применяют для оценки эффективности лечения: антитела могут сохраняться длительно. Для контроля терапии используют количественные нетрепонемные тесты.
- При неврологических, офтальмологических, отологических или психиатрических проявлениях, скрытых и поздних формах, злокачественном раннем сифилисе, специфическом поражении органов, подозрении на врождённый сифилис и отсутствии ожидаемой серологической динамики показано исследование цереброспинальной жидкости.
- У ВИЧ-инфицированных сифилис диагностируют и лечат по тем же алгоритмам, что и у ВИЧ-негативных пациентов. Ликвор исследуют при неврологической, офтальмологической или отологической симптоматике, титре РМП/РПР с сывороткой ≥1:32, CD4+ ≤350 клеток/мкл или отсутствии высокоактивной антиретровирусной терапии.
- Критерий серологической эффективности при ранних формах — негативация нетрепонемных тестов либо снижение их титра минимум в 4 раза в течение 12 месяцев. Сохранение положительных РИФ, ИФА или РПГА само по себе не означает неэффективность лечения.

Диагностика

1. Соберите анамнез: возможный источник и срок заражения, прежние высыпания и лимфаденопатию, серологические исследования и лечение в прошлом, системные антибиотики, беременности и их исходы. Осмотрите кожу, слизистые, лимфатические узлы, волосистую часть головы, суставы и признаки поражения органов.
2. При эрозивно-язвенных элементах используйте прямые методы: микроскопию на бледную трепонему, иммуногистохимическое исследование биоптата или ПЦР для определения ДНК Treponema pallidum в отделяемом; обнаружение возбудителя либо его генетического материала является абсолютным доказательством заболевания.
3. Для ранних манифестных форм применяйте количественный нетрепонемный тест в сочетании с одним трепонемным — РПГА, ИФА IgM+IgG, иммуноблоттингом, иммунохемилюминесцентным или иммунохроматографическим тестом (УУР С, УДД 5).

4. При скрытом или позднем сифилисе, подозрении на поздний врождённый сифилис либо расхождении серологических результатов используйте количественный нетрепонемный тест и не менее двух трепонемных тестов (УУР С, УДД 5).
5. При показаниях выполните люмбальную пункцию: исследуйте цитоз, белок и несколько тестов на антитела к T. pallidum. При отрицательном нетрепонемном тесте в ликворе диагноз нейросифилиса подтверждается сочетанием положительных трепонемных тестов с содержанием белка более 0,45 г/л и/или плеоцитозом более 5 клеток/мкл; положительный нетрепонемный тест в ликворе подтверждает диагноз, а отрицательный трепонемный тест исключает его.
6. Для оценки распространённости процесса направляйте взрослых с приобретённым сифилисом к офтальмологу, неврологу и терапевту; при подозрении на поражение органов или опорно-двигательного аппарата добавляйте профильного специалиста и инструментальные исследования.

Лечение

- Препарат первого выбора — бензилпенициллин. Превентивное лечение контактных лиц при половом или тесном бытовом контакте с больным ранним сифилисом проводят, если прошло не более 2 месяцев; у взрослых бензатина бензилпенициллин вводят однократно в дозе 2,4 млн ЕД внутримышечно, по 1,2 млн ЕД в каждую ягодицу (УУР С, УДД 5).
- При первичном сифилисе бензатина бензилпенициллин применяют по 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в 5 дней, всего 3 инъекции. Альтернатива — бензилпенициллин натриевой солью по 1 млн ЕД каждые 4 часа 6 раз в сутки внутримышечно 14 суток (УУР С, УДД 5).
- При вторичном сифилисе бензилпенициллин натриевой солью вводят по 1 млн ЕД каждые 4 часа 6 раз в сутки внутримышечно 28 суток. Для бензилпенициллина новокаиновой солью в тексте указано 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 20 суток, а в комментарии — в течение 28 суток. Бензатина бензилпенициллин — 2,4 млн ЕД 1 раз в 5 дней, всего 6 инъекций (УУР С, УДД 5).
- При раннем скрытом сифилисе бензилпенициллин натриевой солью назначают по 1 млн ЕД внутримышечно: в тексте рекомендации — каждые 6 часов в течение 28 суток, в комментарии — каждые 4 часа в течение 28 суток. Бензилпенициллин новокаиновой солью применяют по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки 28 суток (УУР С, УДД 5).
- При третичном, позднем скрытом и неуточнённом скрытом сифилисе бензилпенициллин натриевой солью применяют по 1 млн ЕД каждые 4 часа 6 раз в сутки внутримышечно 28 суток, затем через 2 недели проводят второй курс в аналогичной дозе 14 суток. Для новокаиновой соли — 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки по той же схеме (УУР С, УДД 5).
- При нейросифилисе используют внутривенный бензилпенициллин натриевой солью: 12 млн ЕД 2 раза в сутки капельно 20 суток либо 4 млн ЕД 6 раз в сутки струйно 20 суток. При поражении зрения или слуха такую терапию начинают сразу после установления диагноза, независимо от результата исследования ликвора.
- Беременных лечат бензилпенициллином по схемам для небеременных независимо от срока гестации; лечение должно быть начато до 32-й недели. Профилактическую терапию проводят с 20-й недели 10 суток, а при неполноценном специфическом лечении — 20 суток (УУР С, УДД 5).
- Ранний врождённый сифилис лечат бензилпенициллином 28 суток: детям до 1 месяца — 100 тыс. ЕД/кг/сут в 4 введения, от 1 до 6 месяцев — 100 тыс. ЕД/кг/сут в 6 введений, от 6 до 12 месяцев — 75 тыс. ЕД/кг/сут, старше 1 года — 50 тыс. ЕД/кг/сут (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана беременным, нуждающимся в специфическом или профилактическом лечении, детям с врождённым сифилисом, детям с приобретённым сифилисом до 10 лет и пациентам, которым необходимы регулярные лечебные процедуры.
- Манифестный нейросифилис лечат в неврологическом или психиатрическом стационаре с участием невролога или психиатра; бессимптомный нейросифилис может лечиться в дерматовенерологическом стационаре.
- При висцеральном сифилисе лечение проводят в дерматовенерологическом либо терапевтическом/кардиологическом стационаре с совместным ведением дерматовенерологом и терапевтом или кардиологом.

- Пациента выписывают после полного курса специфической терапии согласно форме заболевания и разрешения заразных проявлений сифилиса.

Частые вопросы

Какие тесты использовать для диагностики сифилиса?

Для ранних манифестных форм — количественный нетрепонемный тест плюс один трепонемный. При скрытых и поздних формах нужны количественный нетрепонемный тест и не менее двух трепонемных; трепонемные тесты не используют для контроля эффективности лечения.

Когда при сифилисе нужна люмбальная пункция?

Она показана при неврологической, офтальмологической, отологической или психиатрической симптоматике независимо от стадии, при скрытых и поздних формах, злокачественном раннем сифилисе, поражении органов, подозрении на врождённый сифилис и недостаточной серологической динамике. У ВИЧ-инфицированных дополнительными показаниями являются титр РМП/РПР ≥1:32, CD4+ ≤350 клеток/мкл или отсутствие антиретровирусной терапии.

Как лечить сифилис у беременной?

Специфическое лечение проводят бензилпенициллином по схеме, соответствующей форме сифилиса, независимо от срока беременности; выявление сифилиса само по себе не является показанием к прерыванию беременности. Лечение должно быть начато до 32-й недели, а профилактическую терапию проводят с 20-й недели или сразу после поздно начатого специфического лечения.

Как оценивать эффективность лечения сифилиса?

При ранних формах ожидают негативацию нетрепонемных тестов либо снижение их титра минимум в 4 раза в течение 12 месяцев. Положительные РИФ, ИФА или РПГА после лечения могут сохраняться и сами по себе не означают неудачу терапии.

Что делать при реакции Яриша—Герксгеймера?

Обычно она начинается через 2–4 часа после первого введения антибиотика, достигает максимума через 5–7 часов и проходит за 12–24 часа; при кратковременном течении специальное лечение обычно не требуется. Особенно избегать выраженной реакции следует у беременных, пациентов с нейросифилисом, поражением глаз и висцеральным сифилисом.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/197-sifilis. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/197_2