Гонококковая инфекция

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A54 · Российское общество акушеров-гинекологов, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов", Общероссийская общественная организация "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов"

Гонококковая инфекция — ИППП, вызываемая Neisseria gonorrhoeae, с возможным поражением мочеполовых органов, глотки, прямой кишки, глаз и других систем. Рекомендация описывает лабораторное подтверждение диагноза, системную антибактериальную терапию для разных клинических форм и контроль излеченности.

Главное

- Диагноз устанавливают только при лабораторном подтверждении наличия Neisseria gonorrhoeae в биологическом материале.
- У женщин более чем в 70% случаев инфекция нижних отделов мочеполового тракта протекает без субъективных симптомов; фарингеальная и аноректальная инфекции также обычно малосимптомны или бессимптомны.
- Лечение проводят системными антибактериальными препаратами.
- При отсутствии эффекта от терапии сначала исключают реинфекцию, затем определяют чувствительность гонококка и меняют антибактериальный препарат с учетом результата.
- Излеченность подтверждают культуральным методом через 14 дней после лечения, а ПЦР или ПЦР в реальном времени — не ранее чем через месяц; при отрицательном результате дальнейшее наблюдение не требуется.
- Пациентам с установленной инфекцией проводят обследование на другие ИППП: вирусные гепатиты B и C, ВИЧ и сифилис.
- Показаний для госпитализации нет: помощь оказывается амбулаторно врачом-дерматовенерологом в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Диагностика

1. Субъективные клинические проявления гонококковой инфекции включают выделения и дизурию, боли внизу живота или мошонке, а также симптомы со стороны ротоглотки, прямой кишки и глаз; инфекция может протекать бессимптомно.
2. Осмотреть наружные половые органы и аногенитальную область, видимые слизистые, уретру и выделения; пальпировать уретру и регионарные лимфатические узлы. У женщин дополнительно осмотреть влагалище и шейку матки в зеркалах и провести бимануальное исследование; у мужчин — мошонку и по показаниям прямую кишку.
3. Для подтверждения диагноза выполнить молекулярно-биологическое исследование отделяемого из женских половых органов, уретры, ротоглотки или прямой кишки, а также мочи; у женщин мочу для диагностики не используют, поскольку чувствительность ниже.
4. Микроскопию окрашенного препарата применяют только у пациентов с манифестными проявлениями при исследовании уретрального отделяемого у мужчин: УУР B, УДД 2. Для цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции этот метод для верификации не используют: УУР C, УДД 4.
5. При подозрении на экстрагенитальную локализацию или малосимптомное течение используют культуральное исследование отделяемого ротоглотки, прямой кишки, женских половых органов или уретры: УУР B, УДД 2. У детей диагноз подтверждают культуральным и/или молекулярно-биологическим исследованием соответствующего материала: УУР C, УДД 2.
6. Материал из уретры берут не ранее чем через 3 часа после мочеиспускания, а при обильных выделениях — через 15–20 минут; материал из влагалища и цервикального канала получают вне менструации. После антибиотиков для микроскопии, посева и NASBA выдерживают не менее 14 дней, для ПЦР — не менее месяца.

7. Инструментальные исследования для диагностики гонококковой инфекции не применяются; консультации гинеколога, уролога, офтальмолога, оториноларинголога, колопроктолога или профильных специалистов проводят по клиническим показаниям.

Лечение

- При инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования у взрослых назначают один препарат: цефтриаксон 1 г внутримышечно однократно, или цефиксим 400 мг внутрь однократно, или спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно. Для всех схем: УУР С, УДД 5.
- При гонококковой инфекции глаза у взрослых применяют цефтриаксон 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки 3 дня: УУР С, УДД 5.
- При гонококковом фарингите или аноректальной инфекции у взрослых назначают цефтриаксон 1 г внутримышечно однократно либо цефиксим 400 мг внутрь однократно: УУР С, УДД 5.
- При абсцедировании парауретральных или придаточных желез, пельвиоперитоните, эпидидимите, орхите, простатите и воспалительных заболеваниях органов малого таза применяют цефтриаксон 1 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа 14 дней либо цефотаксим 1 г внутривенно каждые 8 часов 14 дней: УУР С, УДД 5. Через 24–48 часов при исчезновении симптомов возможно продолжение терапии пероральным цефалоспорином III поколения.
- Беременным назначают цефтриаксон 1 г внутримышечно однократно либо цефиксим 400 мг внутрь однократно с учетом влияния препаратов на плод и при участии акушера-гинеколога. Для цефтриаксона указаны УУР С, УДД 5, для цефиксима — УУР А, УДД 2.
- Детям с массой тела менее 45 кг назначают цефтриаксон 125 мг внутримышечно однократно либо спектиномицин 40 мг/кг внутримышечно однократно, но не более 2,0 г: для цефтриаксона УУР С, УДД 4, для спектиномицина УУР С, УДД 5. Спектиномицин противопоказан детям младше 3 лет.
- При офтальмии новорожденных применяют цефтриаксон 25–50 мг/кг внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки 3 дня, максимум 125 мг: УУР С, УДД 5. Профилактику офтальмии всем новорожденным проводят сразу после рождения эритромицином в виде глазной мази 0,5% однократно: УУР С, УДД 5.
- Антибактериальную терапию не дополняют системной энзимотерапией, иммуномодуляторами, антисептическими и дезинфицирующими средствами.

Когда направить и как наблюдать

- При вовлечении органов малого таза и при ведении беременной требуется консультация акушера-гинеколога.
- При длительном течении или неэффективности терапии эпидидимоорхита или простатита проводят консультацию уролога.
- Рекомендуется консультация офтальмолога, оториноларинголога, колопроктолога, а у детей — неонатолога или педиатра, для выявления изменений в других органах и системах и определения необходимого объема диагностических и лечебных мероприятий.
- Госпитализация не показана; лечение проводят амбулаторно.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз гонореи только по клиническим симптомам?

Нет. Диагноз устанавливают только после лабораторного подтверждения наличия Neisseria gonorrhoeae в биологическом материале.

Какой метод диагностики наиболее применим при бессимптомной или экстрагенитальной инфекции?

Используют молекулярно-биологическое исследование соответствующего материала, а при подозрении на экстрагенитальную локализацию или малосимптомном течении — также культуральное исследование. Микроскопия для бессимптомных, фарингеальных и ректальных проб не подходит для верификации диагноза.

Как лечить неосложненную гонококковую инфекцию у взрослого?

Один из вариантов: цефтриаксон 1 г внутримышечно однократно, цефиксим 400 мг внутрь однократно или спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.

Когда проверять излеченность после лечения?

Культуральное исследование проводят через 14 дней после окончания лечения. ПЦР или ПЦР в реальном времени выполняют не ранее чем через месяц.

Что делать при отсутствии эффекта от лечения?

Исключить реинфекцию, определить чувствительность Neisseria gonorrhoeae к антибактериальным препаратам и назначить препарат другой фармакологической группы с учетом результата.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/218-gonokokkovaya-infekciya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/218_2