

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВОМ ПУТЕМ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Под редакцией
профессора **В.И. Кисиной**



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

СИНДРОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

В большинстве случаев ИППП, характеризующиеся эрозивно-язвенными поражениями аногенитальной области, регистрируются у лиц активного сексуального возраста, и в связи с тем, что пути инфицирования аналогичны для всех инфекций, у одного и того же больного могут быть одновременно выявлены различные возбудители.

Эрозивно-язвенные поражения аногенитальной области повышают риск инфицирования ВИЧ-инфекцией и передачи ее другим лицам.

Наиболее частыми ИППП, характеризующимися эрозивно-язвенными поражениями аногенитальной области, являются:

- сифилис — возбудитель *Treponema pallidum*;
- аногенитальная герпетическая вирусная инфекция — возбудитель *Herpes simplex virus* типов 1 и 2 [вирус простого герпеса (ВПГ) 1-го, 2-го типа];
- шанкроид (мягкий шанкр) — возбудитель *Haemophilus ducreyi*;
- хламидийная лимфогранулема (венерическая) — возбудитель *Chlamydia trachomatis* биоваров L1, L2, L3;
- паховая гранулема (донованоз) — возбудитель *Calymmatobacterium granuloma*.

Шанкроид, венерическая лимфогранулема и донованоз в РФ практически не встречаются. Возможно, хотя и крайне редко, развитие эрозивно-язвенных поражений в результате кандидоза и других типов микозов, при инфицировании других, кроме ВПГ-1 и ВПГ-2, вирусов семейства герпеса, при чесотке. Целый ряд неинфекционных факторов может приводить к развитию эрозивно-язвенных поражений (табл. 2.1).

Другая этиология эрозивно-язвенных поражений:

- травма (редко);
- идиопатические язвы.

Минимальный набор лабораторных исследований при эрозивно-язвенных поражениях аногенитальной области включает выявление ВПГ-1, ВПГ-2 с помощью ПЦР, выявление *T. pallidum* либо с помо-

Таблица 2.1

Неинфекционные причины эрозивно-язвенных поражений

Пузырные дерматозы	Другие дерматозы	Новообразования
Неаутоиммунные: <ul style="list-style-type: none"> • контактный дерматит; • полиморфная; экссудативная эритема; • синдром Лайелла. Аутоиммунные: <ul style="list-style-type: none"> • пузырчатка; • рубцующийся пемфигOID 	Неспецифический вульвит и баланит. Красный плоский лишай (эрозивно-язвенная форма). Склероатрофический лишай. Болезнь Бехчета. Гангренозная пиодермия. Фиксированная токсидермия. Красная волчанка. Болезнь Крона. Васкулиты	Плоскоклеточный рак. Дисплазия вульвы. Редко: <ul style="list-style-type: none"> • экстрамамиллярный рак Педжета; • базальноклеточный рак; • лимфомы и лейкозы; • гистиоцитоз X

шью микроскопии в темном поле, либо с помощью ПЦР, серологические реакции на сифилис. Весьма рациональным с точки зрения дифференциальной диагностики и оптимизации лабораторного процесса является использование методик на основе мультиплексной ПЦР в реальном времени, позволяющей одновременно выявлять ДНК ВПГ-1, ВПГ-2 и *T. pallidum*.

Если анамнез или результаты физикального обследования указывают на возможность наличия более редких возбудителей, проводят идентификацию более редких возбудителей (*Haerophilum ducrey*, *Calymmatobacterium granulomatis*, *Chlamydia trachomatis* биоваров L1, L2, L3 и др.).

2.1. СИФИЛИС

Сифилис — инфекция, передаваемая преимущественно половым путем и характеризующаяся периодичностью течения.

Формулировка диагноза осуществляется в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

- A50. Врожденный сифилис.
 - A50.0. Ранний врожденный сифилис с симптомами.
 - A50.1. Ранний врожденный сифилис скрытый.
 - A50.2. Ранний врожденный сифилис неуточненный.
 - A50.3. Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз.
 - A50.4. Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис).
 - A50.5. Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами.

- А50.6. Поздний врожденный сифилис скрытый.
- А50.7. Поздний врожденный сифилис неуточненный.
- А50.9. Врожденный сифилис неуточненный.
- А51. Ранний сифилис.
 - А51.0. Первичный сифилис половых органов.
 - А51.1. Первичный сифилис анальной области.
 - А51.2. Первичный сифилис других локализаций.
 - А51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
 - А51.4. Другие формы вторичного сифилиса.
 - А51.5. Ранний сифилис скрытый.
 - А51.9. Ранний сифилис неуточненный.
- А52. Поздний сифилис.
 - А52.0. Сифилис сердечно-сосудистой системы.
 - А52.1. Нейросифилис с симптомами.
 - А52.2. Асимптомный нейросифилис.
 - А52.3. Нейросифилис неуточненный.
 - А52.7. Другие симптомы позднего сифилиса.
 - А52.8. Поздний сифилис скрытый.
 - А52.9. Поздний сифилис неуточненный.
- А53. Другие и неуточненные формы сифилиса.
 - А53.0. Скрытый сифилис, не уточненный как ранний или поздний.
 - А53.9. Сифилис неуточненный.

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

- Половой — основной путь инфицирования.
- Трансплацентарный — передача инфекции от больной матери к плоду через плаценту (развитие врожденного сифилиса).
- Трансфузионный — при переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии, включая инкубационный период.
- Бытовой (контактный) — является казуистикой.
- Профессиональный — инфицирование сифилисом сотрудников лабораторий, работающих с экспериментальными животными; акушеров-гинекологов, урологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов при нарушении санитарно-гигиенических правил в процессе выполнения своих профессиональных обязанностей.

В результате перенесенной сифилитической инфекции специфический иммунитет не развивается, в связи с чем возможно неоднократное повторное инфицирование.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период сифилиса в среднем составляет 3–4 нед (но может быть от 10 до 190 дней). Клиническая картина различных периодов сифилиса представлена в табл. 2.2–2.6, на рис. 2.1–2.5 на цв. вклейке).

Таблица 2.2

Первичный сифилис

Стадия	Клиническая картина	Срок проявления
Первичный сифилис (A.51.0–A51.2)	В месте инвазии <i>Treponema pallidum</i> появляется твердый шанкр — эрозия/язва диаметром от 2–3 мм до 2 см и более, округлых очертаний, с ровными краями, гладким, блестящим дном розового или серовато-желтого цвета, часто с блюдцеобразным углублением, со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании шанкра — плотноэластический инфильтрат. Определяется регионарный лимфаденит/лимфангит. Атипичные шанкры: индуративный отек, шанкр-панариций, шанкр-амигдалит	3–4 нед (10–190 дней) после инфицирования

Таблица 2.3

Вторичный сифилис

Стадия	Клиническая картина	Срок проявления
Вторичный сифилис (A51.3)	Вследствие гематогенной диссеминации <i>Treponema pallidum</i> появляются пятнистые, папулезные, пустулезные и везикулезные сифилиды на коже и/или слизистых оболочках (диффузные и локальные розеолезные и папулезные сифилиды), лейкодерма (пятнистая, сетчатая, мраморная), алопеция (мелкоочаговая, диффузная, смешанная); иногда — остаточные явления твердого шанкра, поражение внутренних органов и систем	9–10 нед после инфицирования

Таблица 2.4

Третичный сифилис

Стадия	Клиническая картина	Срок проявления
Третичный сифилис (A52.7)	Характеризуется высыпаниями на коже и слизистых оболочках (бугорковым, гуммозным сифилидами, третичной розеолой Фурнье) и поражениями внутренних органов и систем	>3 лет после заражения

Окончание табл. 2.4

Стадия	Клиническая картина	Срок проявления
	<p>Нейросифилис <i>Асимптомный нейросифилис</i> (A51.4, A52.2). Клинические симптомы не определяются. Диагноз устанавливается на основании результатов серологического исследования ликвора. <i>Нейросифилис с симптомами</i> (A 52.1). Имеют место различные неврологические и/или психические нарушения. К ранним формам нейросифилиса относятся менингovasкулярный сифилис (менингит, увеит, хореоретинит, ирит), васкулярный нейросифилис (ишемический или геморрагический инсульт), менингомиелит. Поздними формами нейросифилиса являются прогрессирующий паралич, спинная сухотка, табопаралич, атрофия зрительных нервов и гуммозный нейросифилис</p>	<p>С первых месяцев заболевания до многих лет</p> <p>>5 лет от начала заболевания</p> <p>>5 лет от начала заболевания</p>
	<p><i>Поражение опорно-двигательного аппарата</i> Табетическая артропатия и гуммозные поражения костей и суставов (A52.7)</p>	>3 лет после заражения

Таблица 2.5

Скрытый сифилис

Стадия	Клиническая картина	Срок проявления
Скрытый сифилис (A51.5, A52.8, A53.0)	Клинические симптомы сифилиса не определяются. Основанием для установления диагноза являются положительные результаты серологических исследований	Ранний — до 2 лет от инфицирования. Поздний — более 2 лет от инфицирования. Неуточненный как ранний или поздний

Таблица 2.6

Врожденный сифилис

Стадия	Клиническая картина	Срок проявления
Врожденный сифилис манифестный (A50.0, A50.3–A50.5) и скрытый (A50.1, A50.6)	Ранний Сифилитическая пузырчатка, диффузная инфильтрация кожи Гохзингера, специфический ринит и остеохондрит длинных трубчатых костей Вегенера. В местах мацерации — эрозивные папулы и широкие кондиломы, розеолезная сыпь (встречается редко),	В первые 2 года жизни

Окончание табл. 2.6

Стадия	Клиническая картина	Срок проявления
	рауцедо, алопеция, поражения костей, гепатит, гломерулонефрит, миокардит, эндо- и перикардит, специфический менингит, гидроцефалия и др.	
	<p>Поздний <i>Достоверные симптомы</i> — триада Гетчинсона: паренхиматозный кератит, лабиринтная глухота, гетчинсоновы зубы. <i>Вероятные симптомы</i> — саблевидные голени, хориоретиниты, деформации носа, лучистые рубцы вокруг рта, ягодицеобразный череп, деформации зубов, сифилитические гониты, гемипарезы и гемиплегии, слабоумие, церебральный детский паралич, джексоновская эпилепсия</p>	После 2 лет жизни

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

К лабораторным методам диагностики сифилиса относятся методы прямой детекции — обнаружение *T. pallidum* с помощью микроскопического исследования в темном поле и выявление ДНК и/или РНК *T. pallidum* с помощью МАНК и непрямые методы диагностики (серологические методы) — определение циркулирующих в периферической крови антител к антигенам *T. pallidum* (трепонемные тесты) или антител к продуктам клеточного распада (нетрепонемные тесты — НТТ). Микроскопическое исследование в темном поле и МАНК применяют для диагностики ранних форм сифилиса (первичного, реже вторичного) с клиническими проявлениями (эрозивно-язвенными высыпаниями). Чувствительность микроскопии в темном поле при ранних формах составляет 60–80%, в то время как ПЦР — до 100%.

К серологическим методам диагностики сифилиса относятся:

- НТТ — реакция микропреципитации, реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном, VDRL;
- трепонемные тесты — реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) (TRHA, TRPA), ИФА (ELISA) и иммунный блоттинг на антитела классов IgM, IgG и суммарные (IgM + IgG), реакция иммунофлюоресценции (РИФ) (РИФ-200, РИФ-абс и РИФ-ц) и реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ).

Чувствительность НТТ при ранних формах сифилиса составляет 70–90%, при поздних — до 30%. Возможность ложноположительных результатов — 2,3%.

Трепонемные тесты — РИФ и ИФА становятся положительными с 3-й недели, РПГА и РИБТ — с 7–8-й недели от инфицирования *T. pallidum*.

РПГА и ИФА используются и как отборочные, и как подтверждающие тесты (важным обстоятельством является использование в повторном исследовании тех же тест-систем, что и при первичном исследовании).

В целях дифференциальной диагностики сифилиса и ложноположительных результатов следует использовать РИФ и/или РИБТ; в ликвородиагностике нейросифилиса — РИФ-ц и РИБТ.

К отборочным тестам относятся реакция микропреципитации (реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном, VDRL), РПГА, ИФА.

К подтверждающим тестам относятся ИФА, иммунный блоттинг, РПГА, РИФ, РИБТ.

Ложноположительные серологические реакции на сифилис могут быть обусловлены техническими погрешностями и особенностями макроорганизма. Условно их разделяют на острые (до 6 мес) и хронические (свыше 6 мес). Причинами острых ложноположительных серологических реакций на сифилис могут являться беременность, вакцинации, недавно перенесенный инфаркт, инсульт, инфекции. Хронические ложноположительные серологические реакции на сифилис могут наблюдаться при аутоиммунных, онкологических и соматических заболеваниях, применении инъекционных наркотиков, в пожилом возрасте. Кроме этого, ложноположительные серологические реакции на сифилис могут отмечаться при фрамбезии, боррелиозе, лептоспирозе.

СКРИНИНГ НАСЕЛЕНИЯ НА СИФИЛИС

Скрининг населения на сифилис проводят с помощью реакции микропреципитации (с кардиолипидным антигеном, VDRL), или ИФА, или РПГА.

Обследование больных в стационарах, беременных (в том числе направляемых на искусственное прерывание беременности), доноров проводят с помощью двух тестов: реакции микропреципитации (с кардиолипидным антигеном, VDRL) + ИФА или реакции микропреципитации (с кардиолипидным антигеном, VDRL) + РПГА.

ЛЕЧЕНИЕ

Специфическое лечение направлено на элиминацию *T. pallidum*.

Превентивное лечение проводят половым партнерам больных ранними формами сифилиса (или лицам, имевшим тесные бытовые контакты).

Профилактическое лечение направлено на предупреждение сифилиса:

- у беременных, получивших лечение по поводу сифилиса до беременности при сохранении положительных результатов серологических НТТ;
- беременных, получивших лечение сифилиса в период беременности;
- новорожденных без клинических проявлений сифилиса от матери, которой не проводилось или проведено неадекватное лечение сифилиса;
- новорожденных, мать которых в период беременности не получила профилактического лечения при наличии показаний.

В табл. 2.7 представлены современные методы лечения и профилактики сифилиса.

Таблица 2.7

Схемы лечения сифилиса

Стадия сифилиса	Рекомендуемые препараты	Альтернативные препараты
Лечение сифилиса у взрослых		
Превентивное лечение	Бензатина бензилпенициллин (ретарпен [®] , Бициллин-1 [*]) в дозе 2,4 млн ЕД в/м однократно. Бензатина бензилпенициллин (Бициллин-3 [*]) в дозе 1,8 млн ЕД в/м № 2 (2 раза в неделю). Бензатина бензилпенициллин (Бициллин-5 [*]) в дозе 1,5 млн ЕД в/м № 2 (2 раза в неделю). Бензилпенициллин (Бензилпенициллина новокаиновая соль [*]) в дозе 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки № 7	Цефтриаксон по 500 мг в/м ежедневно 1 раз в сутки 5 дней. Оксациллин или ампициллин по 1 млн ЕД в/м 4 раза в сутки 10 дней
Первичный сифилис	Бензатина бензилпенициллин (ретарпен [®]) в дозе 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в неделю № 2. Бензатина бензилпенициллин (Бициллин-1 [*]) в дозе 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней № 3.	Оксациллин или ампициллин по 1 млн ЕД в/м 4 раза в сутки 14 дней. Цефтриаксон по 500 мг в/м 1 раз в сутки 5 дней.

Продолжение табл. 2.7

Стадия сифилиса	Рекомендуемые препараты	Альтернативные препараты
	<p>Бензилпенициллин (Бензилпенициллина новокаиновая соль*) в дозе 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки 10 дней.</p> <p>Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая®) в дозе 1 млн ЕД в/м 4 раза в сутки 10 дней</p>	<p>Доксициклин по 100 мг внутрь 2 раза в сутки 15 дней</p>
Вторичный и ранний скрытый сифилис	<p>Бензатина бензилпенициллин п в дозе 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в неделю № 3.</p> <p>Бензатина бензилпенициллин (Бициллин-1*) в дозе 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней № 6.</p> <p>Бензатина бензилпенициллин (Бициллин-3*) в дозе 1,8 млн ЕД или бензатина бензилпенициллин (Бициллин-5*) по 1,5 млн ЕД в/м 2 раза в неделю № 10.</p> <p>Бензилпенициллин (Бензилпенициллина новокаиновая соль*) в дозе 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки 20 дней.</p> <p>Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая®) в дозе 1 млн ЕД в/м 4 раза в сутки 20 дней</p>	<p>Оксациллин или ампициллин по 1 млн ЕД 4 раза в сутки 28 дней.</p> <p>Цефтриаксон по 1,0 г в/м 1 раз в сутки № 10.</p> <p>Доксициклин по 0,1 г внутрь 2 раза в сутки 30 дней</p>
Нейросифилис ранний	<p>Бензилпенициллина (Бензилпенициллина натриевая соль*) в дозе 10–12 млн ЕД в/в инфузионно 2 раза в сутки 14–20 дней</p>	<p>Цефтриаксон в/м или в/в в суточной дозе 2 г (до 4 г) однократно или в 2 введения 14–20 дней</p>
Нейросифилис поздний	<p>Бензилпенициллина (Бензилпенициллина натриевая соль*) в дозе 10–12 млн ЕД в/в инфузионно 2 раза в сутки. Проводят 2 курса по 20 дней с интервалом 2 нед</p>	<p>Цефтриаксон в/м или в/в в суточной дозе 2 г (до 4 г) однократно или в 2 введения. Проводят 2 курса по 20 дней с интервалом 2 недели</p>
<p><i>Важное замечание:</i> в 1, 2 и 3-й день для лечения и раннего, и позднего нейросифилиса назначают в/м преднизолон в дозе 90, 60 и 30 мг соответственно (утром за 30 мин до введения антибиотика). При лечении гуммозного нейросифилиса преднизолон назначают за 3–5 дней до введения антибактериального препарата. Можно продолжать применение преднизолона в течение всего первого курса</p>		

Продолжение табл. 2.7

Стадия сифилиса	Рекомендуемые препараты	Альтернативные препараты
Третичный сифилис (скрытый поздний и скрытый неуточненный)	Бензилпенициллина (Бензилпенициллина натриевая соль*) в дозе 1 млн ЕД 4 раза в сутки: 28 дней — первый курс и 14 дней — второй курс (интервал — 14 дней). Бензилпенициллин (Бензилпенициллина новокаиновая соль*) в дозе 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки 28 дней. Через 2 нед — второй курс лечения в аналогичных дозах 14 дней. Цефтриаксон в дозе 1,0 г в/м ежедневно № 20 — первый курс и № 10 — второй курс (интервал — 14 дней)	Цефтриаксон по 1 г в/м ежедневно № 20 — первый курс и № 10 — второй курс (интервал — 14 дней)
Поздний сифилис внутренних органов и опорно-двигательного аппарата	Схемы лечения аналогичны таковым для третичного сифилиса, но с предварительным назначением перед первым курсом доксициклина по 100 мг 2 раза в сутки или эритромицина по 500 мг 4 раза в сутки в течение 2–3 нед	Схемы лечения аналогичны таковым для резервных методов лечения третичного сифилиса, но с предварительным назначением перед первым курсом доксициклина по 100 мг 2 раза в сутки или эритромицина по 500 мг 4 раза в сутки в течение 2–3 нед
Лечение сифилиса у беременных		
<i>Используют</i> бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевую соль кристаллическую®) или бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновую соль*). Лечение проводят в соответствии со стадией сифилиса		
Профилактическое лечение	Назначают с 20-й недели беременности (при поздно начатом специфическом лечении — непосредственно за ним). Курс терапии — 10 дней. При специфическом лечении беременных с поздними формами сифилиса второй курс специфической терапии расценивается как профилактический	
Лечение сифилиса у детей		
Ранний врожденный сифилис (манифестный и скрытый)	Бензилпенициллин (Бензилпенициллина натриевая соль*) в дозе 100 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в/м (до 7 мес, а затем по 50 тыс. ЕД/кг). Суточную дозу вводят в количестве 6 инъекций в сутки 14 дней. При наличии показаний (по решению консилиума) лечение пролонгируют до 21–28 дней. Бензилпенициллин (Бензилпенициллина новокаиновая соль*) в дозе 50 тыс. ЕД/кг массы тела в/м 2 раза в сутки ежедневно № 14	

Окончание табл. 2.7

Стадия сифилиса	Рекомендуемые препараты	Альтернативные препараты
Поздний врожденный сифилис (манифестный и скрытый)	Бензилпенициллин (Бензилпенициллина натриевая соль*) в дозе 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в/м вводят в количестве 6 инъекций в сутки 28 дней (первый курс); через 2 нед проводят второй курс аналогичного лечения в течение 14 дней. Бензилпенициллин (Бензилпенициллина новокаиновая соль*) в дозе 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в/м 2 раза в сутки 28 дней; через 2 нед второй курс в аналогичных дозах 14 дней	
Приобретенный сифилис	Схемы взрослых в соответствии со стадией сифилиса и возрастом ребенка	
Профилактическое лечение	Проводят аналогично специфическому лечению раннего врожденного сифилиса (продолжительность — 10 дней)	

Дополнительное лечение при серорезистентности

В случае если через год после адекватно проведенного лечения по поводу первичного и вторичного сифилиса негативация и снижение титров НТТ не отмечаются, состояние расценивается как серологическая резистентность и назначают дополнительное лечение.

При снижении титров НТТ состояние расценивается как замедленная негативация НТТ. Клинико-серологическое наблюдение продолжают еще 6 мес (при отсутствии негативации НТТ проводят дополнительное лечение).

Если пациент со скрытым ранним сифилисом получил адекватное лечение, серорезистентность констатируют через 1,5–2 года после специфического лечения, при этом назначают дополнительное лечение, более интенсивное, чем специфическое.

У детей, получивших лечение по поводу врожденного сифилиса, после 3 мес жизни также может развиваться серорезистентность. В этом случае дополнительное лечение проводят через 6 мес после специфического лечения.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ УЧЕТ И СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

При выявлении больных сифилисом любой стадии осуществляется обязательная статистическая регистрация (форма 089/у-кв).

Дети, которым проводят амбулаторное лечение приобретенного сифилиса, могут посещать детское учреждение после разрешения клинических проявлений. При решении вопроса о снятии с диспансерного наблюдения детей, получивших лечение по поводу врожденного

сифилиса, проводят консультации педиатра, невропатолога, окулиста, оториноларинголога и осуществляют серологическое обследование с помощью трепонемных тестов и НТТ: реакции микропреципитации (с кардиолипиновым антигеном, VDRL), РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ.

Критериями для снятия с диспансерного наблюдения больных сифилисом являются:

- адекватность проведенного лечения;
- результаты клинического обследования;
- результаты лабораторных тестов (серологического, при показаниях — ликворологического исследований). Ликворологическое исследование при снятии с диспансерного наблюдения проводят у пациентов с нейросифилисом и при отсутствии негативации НТТ.

Снятие с диспансерного наблюдения пациентов с серорезистентностью проводится после обследования, объем которого включает исследование ликвора, эхокардиографию, консультации невролога, офтальмолога, оториноларинголога, терапевта, кардиолога (по показаниям — других специалистов).

Допуск к работе в детских учреждениях, на предприятиях общественного питания разрешен больным сифилисом, получившим стационарное лечение, после их выписки из стационара; получившим амбулаторное лечение — после разрешения клинических симптомов сифилитической инфекции.

2.2. ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА

Вирусы семейства *Herpesviridae* (герпес-вирусы) включают восемь антигенных типов вирусов герпеса, которые подразделяются на три подсемейства:

- α -герпес-вирусы (эпителио- и нейротропные): *Herpes Simplex Virus* (ВПГ) 1-го и 2-го типа (ВПГ-1 и ВПГ-2), *Varicella-Zoster Virus* (вирус ветряной оспы и опоясывающего герпеса);
- β -герпес-вирусы (лимфо- и нейротропные): *Cytomegalovirus* (цитомегаловирус), *Human Herpes Virus 6*, *Human Herpes Virus 7* [вирус герпеса человека (ВГЧ) 6-го, 7-го типа];
- γ -герпес-вирусы — *Epstein-Barr Virus* (вирус Эпштейна-Барр), *Human Herpes Virus 8* (ВГЧ-8).

Герпес-вирусы широко распространены в человеческой популяции и вызывают различные клинические формы инфекции (табл. 2.8).