

**Приказ Минздрава РФ от 30 июля 2001 г. N 291**  
**"О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем"**  
**(с изменениями от 15 ноября 2001 г.)**

*В соответствии с письмом Минюста РФ от 2 августа 2001 г. N 07/7982-ЮД настоящий приказ не нуждается в государственной регистрации (информация опубликована в Бюллетене Министерства Юстиции Российской Федерации, 2001 г., N 10)*

Эпидемиологическая ситуация с заболеваниями, обусловленными инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) в последние годы принимает в Российской Федерации угрожающий характер. Пораженность населения этими инфекциями в 1999 году составила 0,8 %.

Особенно напряженной продолжает оставаться ситуация с заболеваемостью сифилисом. Несмотря на некоторое снижение, регистрируемое с 1998 года, она по-прежнему остается высокой. Показатель заболеваемости сифилисом в 1999 году составил 186,7 на 100 тыс. населения, превышая показатель 1989 г. более чем в 43 раза. Динамика изменения темпов роста (снижения) отдельных форм сифилиса, научные исследования в этом направлении дают основание прогнозировать очередной рост заболеваемости.

Крайнюю тревогу вызывает высокая заболеваемость ИППП среди детей и подростков. В 1999 году было зарегистрировано свыше 63 тысяч больных в возрасте до 17 лет, что составило 8% от всех больных ИППП. Резко возросло число заболевших сифилисом девочек в возрасте до 14 лет. За последние десять лет показатель заболеваемости среди них увеличился в 112 раз.

При сложившейся эпидемиологической ситуации остается серьезной проблемой заболеваемость врожденным сифилисом. В 1999 году в России зарегистрировано 743 больных детей с врожденным сифилисом, что в 30 раз больше, чем в 1989 году.

Исследования, проведенные в пяти регионах России в 2000 году, выявили ряд нерешенных проблем в профилактике и контроле за этой инфекцией со стороны как врачей дерматовенерологов, так и акушеров-гинекологов и педиатров. Около 40% беременных, больных сифилисом, не были охвачены дородовым наблюдением, почти каждой второй женщине в период беременности проведено неадекватное лечение. Дети, родившиеся от таких матерей, в 25-30% случаев не были охвачены наблюдением специалистов и специфическим лечением.

В структуре заболеваемости сифилисом вызывает озабоченность высокий удельный вес поздних форм, в том числе нейросифилиса.

Резко обострилась ситуация с заболеваемостью СПИДом и более чем в 14 раз возросло число ВИЧ-инфицированных, выявленных среди больных с инфекциями, передаваемыми половым путем.

Остается высоким уровень заболеваемости трихомониазом - 327,3 на 100 тыс. населения, хламидиозом - 124,8, гонореей - 119,8.

Неблагоприятным фактором, поддерживающим высокий уровень пораженности населения заболеваниями, обусловленными инфекциями, передаваемыми половым путем, является крайне неблагоприятная эпидситуация в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) Минюста России. За последние семь лет показатель заболеваемости сифилисом лиц, заключенных под стражу, увеличился в 38 раз и составил в 1999 году 2689,0 на 100 тыс., осужденных - почти в 10 раз (465,5 на 100 тыс.).

Эпидемиологическая обстановка осложняется и тем фактом, что в настоящее время отсутствует должное взаимодействие между медицинскими учреждениями систем Минздрава

России и Минюста России. Дерматовенерологи, работающие в лечебно-профилактических учреждениях системы Минздрава России не располагают информацией о лицах больных ИППП в учреждениях уголовно-исполнительной системы в том числе и об освобождающихся из мест лишения свободы, в результате чего сохраняется опасность распространения инфекции лицами данного контингента среди населения.

Система первичной профилактики не приведена в соответствие с изменившимися социально-экономическими условиями, не в полной мере используются средства массовой информации по пропаганде здорового образа жизни, не отработан механизм эпидемиологического мониторинга за группами лиц с высоким риском поведения.

Недостаток финансирования, трудности приобретения недорогих лекарственных средств населением и лечебно-профилактическими учреждениями являются факторами, сдерживающими доступность и обеспечение высокого качества медицинской помощи населению.

Министерством здравоохранения Российской Федерации, органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в последние годы проводилась работа, направленная на снижение распространения и предупреждение инфекций, передаваемых половым путем, и их последствий.

В практику лечебно-профилактических учреждений внедрены современные лечебные и диагностические технологии, позволяющие в кратчайшие сроки диагностировать и санировать больных в амбулаторных условиях, сокращая расходы на дорогостоящую стационарную помощь. Широко используются в работе с пациентами элементы конфиденциальности, что позволило повысить самообращение больных в специализированные учреждения на ранних стадиях заболевания.

В целях оптимизации выявления инфекций, передаваемых половым путем, врачами дерматовенерологами осуществляется работа по интеграции их деятельности с акушерами-гинекологами, урологами, педиатрами и др. посредством проведения совместных конференций и семинаров, издания методических и инструктивных материалов для практического здравоохранения по тактике ведения больных.

В ряде территорий Российской Федерации (Самарская, Рязанская области, Республики Тыва и Хакасия) апробируются новые формы дерматовенерологической помощи населению с целью ее совершенствования и распространения на всей территории страны.

Проводимые мероприятия способствовали снижению заболеваемости сифилисом на протяжении последних трех лет, но не решили проблему ее профилактики. В организации противоэпидемических мероприятий остаются нерешенные вопросы и неиспользованные резервы. Прогнозируемый в ближайшие годы рост заболеваемости диктует необходимость усиления координации всех заинтересованных служб и ведомств по предупреждению дальнейшего распространения инфекции.

С целью стабилизации и предупреждения распространения инфекций, передаваемых половым путем: приказываю:

1. Департаменту организации медицинской помощи населению и профилактики неинфекционных заболеваний, Центральному научно-исследовательскому кожно-венерологическому институту Минздрава России:

- 1.1. Совместно с Департаментом Государственного санитарно-эпидемиологического надзора в 1 кв. 2002 года подготовить и направить органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации информационное письмо по взаимодействию дерматовенерологов с Центрами госсанэпиднадзора и Центрами по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями по профилактике ИППП и ВИЧ-инфекции.

1.2. В течение 2002-2003 годов:

1.2.1. Изучить роль групп повышенного поведенческого риска в распространении ИППП в г.Москве. Результаты использовать для разработки и внедрения в стране усовершенствованной системы профилактической работы по ИППП среди этой категории населения.

1.2.2. Провести семинары для дерматовенерологов регионов России по тактике ведения больных с ИППП.

1.2.3. Провести рабочие совещания с главными врачами кожно-венерологических диспансеров по внедрению в практику интегрированного подхода к контролю и профилактике ИППП в рамках Российско-Великобританской программы "Развитие клинических и эпидемиологических систем контроля за распространением заболеваний, передаваемых половым путем, в Самарской области".

1.3. Совместно с Уральским научно-исследовательским институтом дерматовенерологии и иммунопатологии Минздрава России в течение 2001 г. оказать организационно-методическую и практическую помощь органам управления здравоохранением и учреждениям здравоохранения Кемеровской, Сахалинской областей, Еврейской автономной области, Республики Алтай в анализе сложившейся неблагополучной эпидемиологической ситуации с заболеваемостью сифилисом, разработке и осуществлению мероприятий по предупреждению дальнейшего распространения инфекции.

2. Департаменту развития и экономики здравоохранения, Департаменту организации медицинской помощи населению и профилактики неинфекционных заболеваний:

2.1. В течение 2001 - 2002 гг. разработать и утвердить штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь кожно-венерологических диспансеров, отделений и кабинетов.

*В настоящее время действуют Штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь городских и областных (краевых, республиканских) кожно-венерологических диспансеров, отделений и кабинетов, утвержденные приказом Минздрава СССР от 14 сентября 1973 г. N 730*

2.2. С целью совершенствования медико-статистической отчетности по ИППП до 01.10.2001 г. пересмотреть учетно-отчетную документацию и утвердить Инструкции по их составлению.

2.3. В IV кв. 2001 года провести рабочее совещание с заведующими оргметодотделами кожно-венерологических диспансеров по составлению учетно-отчетной документации и анализу эпидемиологической ситуации.

2.4. Совместно с Центральным научно-исследовательским кожно-венерологическим институтом Минздрава России до конца 2001 г. разработать систему мониторинга за больными с ИППП.

3. Управлению научно-исследовательских медицинских учреждений при планировании научно-исследовательских работ считать приоритетными научные исследования по профилактике и организации борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем.

4. Департаменту образовательных медицинских учреждений и кадровой политики:

4.1. Совместно с Центральным научно-исследовательским кожно-венерологическим институтом Минздрава России и Российской медицинской академией последипломного образования Минздрава России до 01.08.2001 пересмотреть программу последипломной подготовки врачей с включением вопросов:

- консультирования больных с ИППП,
- интеграции специалистов общей лечебной сети по ИППП,
- интеграции государственной и частной медицины.

4.2. Совместно с Центральным научно-исследовательским кожно-венерологическим институтом Минздрава России и Московской медицинской академией им. И.М.Сеченова Минздрава России рассмотреть вопрос и внести в установленном порядке предложения об организации циклов усовершенствования врачей дерматовенерологов на кафедре эпидемиологии медико-профилактического факультета последипломного образования по эпидемиологии, контролю и профилактике ИППП.

5. Директору Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института Минздрава России Кубановой А.А., директору Нижегородского научно-исследовательского кожно-венерологического института Минздрава России Никулину Н.К., директору Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии Минздрава России Кунгурову Н.В.:

5.1. Разработать и представить на утверждение в 2002 г. в установленном порядке:

- "Протоколы (стандарты) ведения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем.
- Методические рекомендации "Эпидемиология и профилактика врожденного сифилиса".

5.2. Обеспечить организационно-методическую помощь по профилактике ИППП органам управления здравоохранением и учреждениям здравоохранения закрепленных за ними субъектов Российской Федерации ([приложение N 1](#)).

5.3. Ежегодно изучать особенности эпидемиологической ситуации в регионах с наиболее высоким уровнем заболеваемости ИППП и оказывать методическую помощь в разработке региональных целевых программ по предупреждению их распространения.

5.4. В течение 2001 - 2002 годов:

5.4.1. Организовать и провести семинары для врачей акушеров-гинекологов и педиатров по профилактике врожденного сифилиса.

5.4.2. Провести исследования по изучению распространенности заболеваемости сифилисом среди наркоманов. По результатам подготовить информационное письмо по тактике ведения пациентов и профилактике ИППП среди них.

6. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

6.1. Организовать работу по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, в соответствии с [приложениями NN 2 - 4](#).

6.2. Считать приоритетными меры по проведению первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем; отработать и внедрить эффективную систему информирования населения, в том числе с привлечением средств массовой информации, о путях распространения ИППП и мерах по их предупреждению.

6.3. Использовать опыт работы муниципального консультативно-диагностического Центра г.Новосибирска по медико-социальной помощи детям и подросткам с инфекциями, передаваемыми половым путем.

6.4. Изыскать возможности централизованного обеспечения кожно-венерологических учреждений:

6.4.1. Современными диагностическими и лекарственными средствами для выявления и лечения ИППП, обратив особое внимание на необходимость закупки дюранных антибиотиков Бензатинпенициллинов G.

6.4.2. Средствами личной профилактики ИППП для бесплатного обеспечения ими пациентов групп риска и малообеспеченных граждан

6.5. Рассмотреть вопрос организации торговли дешевыми средствами личной профилактики для населения, в том числе на вокзалах, в гостиницах, домах отдыха, в местах общего пользования и др.

6.6. Обеспечить максимальное использование амбулаторного метода лечения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем.

6.7. На основании конкретной ситуации с заболеваемостью ИППП систематически пересматривать "группы риска" среди населения, подлежащих скринингу.

6.8. Внедрить в практику дермато-венерологических учреждений систему конфиденциальности для больных с заболеваниями, обусловленными инфекциями, передаваемыми половым путем, используя опыт работы Самарской области.

6.9. Информацию о ходе выполнения настоящего приказа ежегодно представлять в Минздрав России к 1 марта.

7. Контроль за ходом выполнения настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра А.И.Вялкова

Министр

Ю.Л. Шевченко

**Приложение N 1**

**к приказу Минздрава РФ**

**от 30 июля 2001 г. N 291**

**Перечень  
субъектов Российской Федерации, закрепленных за научно-исследовательскими кожно-  
венерологическими институтами  
(с изменениями от 15 ноября 2001 г.)**

**Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Минздрава  
России**

- |                                    |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| 2. Карачаево-Черкесская Республика | 13. г.Москва           |
| 3. Республика Карелия              | 14. Московская область |
| 4. Республика Коми                 | 15. Мурманская область |
| 5. Краснодарский край              | 16. Псковская область  |
| 6. Ставропольский край             | 17. Рязанская область  |
| 7. Архангельская область           | 18. Самарская область  |
| 8. Брянская область                | 19. г.Санкт-Петербург  |
| 9. Вологодская область             | 20. Смоленская область |
| 10. Калининградская область        | 21. Тверская область   |
| 11. Курская область                | 22. Тульская область   |

*Приказом Минздрава РФ от 15 ноября 2001 г. N 411 Перечень субъектов Российской Федерации, закрепленных за Центральным научно-исследовательским кожно-венерологическим институтом Минздрава России, дополнен новым пунктом:*

23. Ненецкий автономный округ

**Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт Минздрава России**

- |                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| 1. Республика Дагестан             | 16. Воронежская область   |
| 2. Республика Ингушетия            | 17. Ивановская область    |
| 3. Кабардино-Балкарская Республика | 18. Калужская область     |
| 4. Республика Калмыкия             | 19. Кировская область     |
| 5. Республика Марий Эл             | 20. Костромская область   |
| 6. Республика Мордовия             | 21. Липецкая область      |
| 7. Республика Северная Осетия      | 22. Нижегородская область |
| 8. Республика Татарстан            | 23. Новгородская область  |
| 9. Удмуртская Республика           | 24. Орловская область     |
| 10. Чеченская Республика           | 25. Пензенская область    |
| 11. Чувашская Республика           | 26. Ростовская область    |
| 12. Астраханская область           | 27. Саратовская область   |
| 13. Белгородская область           | 28. Тамбовская область    |

14. Владимирская область
15. Волгоградская область

29. Ульяновская область
30. Ярославская область

**Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии  
Минздрава России**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. Республика Алтай         | 21. Пермская область                    |
| 2. Республика Башкортостан  | 22. Сахалинская область                 |
| 3. Республика Бурятия       | 23. Свердловская область                |
| 4. Республика Коми          | 24. Томская область                     |
| 5. Республика Саха (Якутия) | 25. Тюменская область                   |
| 6. Республика Тыва          | 26. Челябинская область                 |
| 7. Республика Хакасия       | 27. Читинская область                   |
| 8. Алтайский край           | 28. Еврейская автономная область        |
| 9. Красноярский край        | 29. Агинский Бурятский авт. округ       |
| 10. Приморский край         | 30. Коми-Пермяцкий автономный округ     |
| 11. Хабаровский край        | 31. Корякский автономный округ          |
| 12. Амурская область        | 32. Таймырский автономный округ         |
| 13. Иркутская область       | 33. Усть-Ордынский Бурятский авт. округ |
| 14. Камчатская область      | 34. Ханты-Мансийский автономный округ   |
| 15. Кемеровская область     | 35. Чукотский автономный округ          |
| 16. Курганская область      | 36. Эвенкийский автономный округ        |
| 17. Магаданская область     | 37. Ямало-Ненецкий автономный округ     |
| 18. Новосибирская область   |   |

**Приложение N 2**

**к приказу Минздрава РФ**

**от 30 июля 2001 г. N 291**

**Положение \*  
об организации деятельности республиканского, краевого, областного, окружного кожно-  
венерологического диспансера**

## **1. Общие положения**

1.1. Кожно-венерологический диспансер (далее Диспансер) является самостоятельным специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для:

- оказания консультативно-диагностической и лечебной помощи населению субъекта Российской Федерации;

- осуществления профилактических и противоэпидемических мероприятий, предупреждающих возникновение инфекционных заболеваний кожи и заболеваний, обусловленными инфекциями, передаваемыми половым путем.

1.2. Деятельность Диспансера осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, приказами, распоряжениями и указаниями вышестоящих органов управления здравоохранением, Уставом диспансера и настоящим Положением.

1.3. Финансирование Диспансера осуществляется за счет бюджетных средств (Федеральный Закон от 28.08.95 г. N 154-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления"); средств, получаемых в рамках обязательного медицинского страхования при выполнении базовой территориальной программы в соответствии с Законом Российской Федерации от 28.06.91 г. N 1499-1 "О медицинском страховании граждан Российской Федерации" и других источников финансирования, разрешенных законодательством Российской Федерации.

1.4. Главный врач Диспансера назначается и освобождается в установленном законодательством порядке.

1.5. О своей работе Диспансер отчитывается перед органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

1.6. Структура и штатное расписание Диспансера утверждается главным врачом Диспансера по согласованию с органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

1.7. Реорганизация Диспансера, влекущая за собой изменение (сокращение структуры) его задач и функций, либо его ликвидация производится в соответствии с действующим законодательством.

1.8. Диспансер может являться клинической базой кафедр кожных и венерических болезней высших и средних образовательных медицинских учреждений и учреждений дополнительного профессионального образования.

## **2. Основные задачи деятельности диспансера**

2.1. Основными задачами Диспансера являются:

2.1.1. Оказание высококвалифицированной специализированной консультативно-диагностической и лечебно-профилактической дермато-венерологической помощи населению административной территории в амбулаторных и стационарных условиях с применением эффективных медицинских технологий и соблюдением диспансерных принципов в работе с больными инфекционными болезнями кожи, венерическими и другими болезнями, передаваемыми половым путем.

2.1.2. Разработка, планирование целевых программ всех видов деятельности дермато-венерологической службы.



2.1.3. Проведение совместно с центрами госсанэпиднадзора эпидемиологического контроля за инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными заболеваниями.

2.1.4. Организационно-методическое руководство за деятельностью лечебно-профилактических учреждений субъекта Российской Федерации по вопросам оказания консультативной, диагностической, лечебной и профилактической помощи населению при ИППП, дерматозах и заразных кожных заболеваниях.

2.1.5. Осуществление контроля за качеством лечебно-диагностического процесса в лечебно-профилактических учреждениях субъекта Российской Федерации в пределах компетенции Диспансера.

2.1.6. Осуществление экспертных функций в пределах компетенции Диспансера с учреждениями и органами здравоохранения субъекта Российской Федерации, лицензионно-аккредитационными комиссиями, фондами обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, коммерческими структурами и частно-практикующими врачами, оказывающими дермато-венерологическую, гинекологическую, урологическую помощь.

2.1.7. Внедрение в практику работы кожно-венерологических учреждений субъекта Российской Федерации современных технологий организации работы, профилактики, диагностики и лечения дерматозов и болезней, передаваемых половым путем.

2.1.8. Организация совместно с Центрами медицинской профилактики мероприятий по профилактике инфекций, передаваемых половым путем и заразных кожных заболеваний, пропаганды здорового образа жизни среди населения субъекта Российской Федерации.

2.1.9. Организация и проведение симпозиумов, конференций, семинаров, выставок и пр. по проблемам, входящим в компетенцию Диспансера.

### **3. Права и обязанности Диспансера**

3.1. Диспансер имеет право:

3.1.1. Самостоятельно планировать и осуществлять свою деятельность в рамках региональной (Федеральной) программы по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, дерматозов и заразных кожных заболеваний в соответствии с действующим законодательством в области охраны здоровья.

3.1.2. Определять перспективы своего развития, исходя из уровня заболеваемости болезнями, передаваемых половым путем, заразными кожными заболеваниями, а также необходимости обеспечения производственного и социального развития службы.

3.1.3. Принимать участие в экспертной деятельности по оценке эффективности организационно-методических, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях субъекта Российской Федерации как в системе государственного, муниципального здравоохранения, так и в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, частно практикующих врачей.

3.1.4. Принимать участие в лицензировании лечебно-профилактических учреждений субъекта Российской Федерации, организаций всех видов собственности, занимающихся медицинской деятельностью, входящей в компетенцию Диспансера.

3.1.5. Участвовать в работе аттестационных комиссий на правах подкомиссий для проведения аттестаций врачей дермато-венерологов.

3.1.6. Входить в состав объединений, ассоциаций, союзов и других структурных образований при сохранении своей самостоятельности и прав юридического лица.

3.1.7. Изменять организационно-штатную структуру Диспансера, исходя из условий работы, уровня заболеваемости болезнями, обусловленными инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными заболеваниями по согласованию с органами здравоохранения субъекта Российской Федерации.

3.2. Диспансер обязан:

3.2.1. Своевременно и качественно оказывать специализированную дермато-венерологическую помощь населению субъекта Российской Федерации.

3.2.2. Организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия по предотвращению распространения ИППП и заразных кожных заболеваний.

3.2.3. Организовывать и проводить обучение кадров лечебно-профилактических учреждений субъекта Российской Федерации по вопросам, входящим в компетенцию Диспансера.

3.2.4. Представлять государственным органам по статистике достоверные статистические данные.

3.2.5. Обеспечивать весь комплекс профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий больным дерматовенерологического профиля.

#### **4. Структура Диспансера**

4.1. Диспансер может иметь в своей структуре следующие подразделения:

а) амбулаторное отделение

б) стационарное отделение

в) организационно-методический отдел (кабинет)

г) отдел первичной профилактики

д) диагностическую лабораторию

е) отделение периодических профилактических медицинских осмотров

ж) косметологическое отделение (кабинет)

з) прочие структурные подразделения (финансово-экономическая служба, гараж, медицинский архив, пищеблок, хозяйственные службы и т.д.).

#### **5. Структурные подразделения Диспансера:**

5.1. Амбулаторное отделение.

5.1.1. Амбулаторное отделение оказывает специализированную дерматовенерологическую помощь по профилактике, обследованию, диагностике, лечению,

диспансеризации больных кожными, заразными кожными заболеваниями и инфекциями, передаваемыми половым путем.

5.1.2. Структура отделения формируется с учетом потребностей населения субъекта Федерации в оказании специализированной консультативной и амбулаторной дерматовенерологической медицинской помощи на условиях конфиденциальности, в том числе и анонимности.

5.1.3. Отделение в своей структуре предусматривает наличие следующих кабинетов:

- по приему больных: сифилисом, гонореей и другими заболеваниями, передаваемыми половым путем (раздельно для мужчин и женщин), дерматозами, микозами,

- по приему детей,

- платных услуг,

- процедурный,

- по забору лабораторного материала,

- перевязочный.

5.1.4. Отделение осуществляет специализированную консультативную и амбулаторно-поликлиническую дермато-венерологическую помощь населению субъекта Федерации с использованием современных медицинских технологий в соответствии с полученной лицензией и сертификатами.

5.1.5. Отделение проводит консультирование специалистов других лечебно-профилактических учреждений субъекта Российской Федерации, в том числе на договорной основе, осуществляет выездную консультативную помощь по вопросам в пределах компетенции Диспансера.

5.1.6. Отделение выдает медицинские заключения по результатам консультации больных дерматовенерологического профиля и рекомендации по их лечению, листки временной нетрудоспособности.

5.1.7. Отделение возглавляет заведующий отделением.

5.2. Стационарное отделение.

5.2.1. Стационарное отделение организуется для лечения больных, нуждающихся в квалифицированном обследовании и лечении, круглосуточном медицинском наблюдении как по состоянию здоровья, так и по эпидемиологическим показаниям.

5.2.2. Структура стационарного отделения формируется с учетом потребностей населения субъекта Федерации в специализированной стационарной дерматовенерологической помощи.

5.2.3. В стационарном отделении могут создаваться структурные подразделения: интенсивного лечения, реабилитации, дневного пребывания.

5.2.4. Прием, перевод в другие лечебно-профилактические учреждения и выписка пациентов, в том числе иногородних, осуществляется в соответствии с установленным порядком.

5.2.5. Госпитализация больных в стационарное отделение осуществляется по направлениям врачей амбулаторного отделения Диспансера и общей лечебной сети.

5.2.6. На больного, находящегося в стационарном отделении, заводится история болезни. При выписке из стационарного отделения на больного заполняется лечащим врачом эпикриз, подписываемым заведующим этим отделением.

5.2.7. Стационарное отделение возглавляет заведующий отделением.

5.3. Организационно-методический отдел (кабинет).

5.3.1. Организационно-методический отдел (кабинет) осуществляет организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью кожно-венерологических учреждений и учреждений общей лечебной сети субъекта Федерации.

5.3.2. Проводит совместно с центрами госсанэпиднадзора эпидемиологический анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными заболеваниями, осуществляет учет и отчетность по указанным заболеваниям.

5.3.3. Оказывает содействие во внедрении в практику кожно-венерологических учреждений современных технологий организации работы, профилактики, диагностики и лечения болезней, передаваемых половым путем и кожными болезнями; организует и проводит совместно с отделом первичной профилактики, центром медицинской профилактики и средствами массовой информации мероприятия по предупреждению инфекций, передаваемых половым путем, и заразных кожных заболеваний среди населения субъекта Российской Федерации.

5.3.4. Разрабатывает целевые программы, приказы, методические рекомендации и другие документы по совершенствованию дерматовенерологической службы субъекта Российской Федерации.

5.3.5. Организует и проводит конференции, семинары, выставки по проблемам, входящим в компетенцию кожно-венерологического диспансера; обеспечивает организацию, обучение и переподготовку медицинских кадров лечебно-профилактических учреждений по разделу профилактики инфекций, передаваемых половым путем, дерматозов и заразных кожных заболеваний.

5.3.6. Под руководством органа здравоохранения субъекта Российской Федерации организует деятельность межведомственной комиссии и других формирований по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем и заразных кожных заболеваний.

5.3.7. В структуру отдела входит эпидемиологическое подразделение по проведению эпиднадзора за инфекциями, передаваемыми половым путем.

5.3.8. Организационно-методический отдел (кабинет) возглавляет заведующий отделом (кабинетом).

5.4. Отдел первичной профилактики

5.4.1. Отдел первичной профилактики организуется для выполнения следующих задач:

- предупреждение распространения инфекций, передаваемых половым путем,
- предупреждение развития болезней и их осложнений,
- уменьшение риска ВИЧ-инфицирования.

5.4.2. Отдел строит свою работу по проведению пропаганды и поощрению более безопасного сексуального поведения, координируя свою деятельность по этим вопросам с общественными организациями.

5.4.3. Отдел первичной профилактики осуществляет свою работу по следующим направлениям:

- воспитание сексуальной культуры контрацепции среди подростков и молодежи, лиц с "рисковым поведением" (проститутки, бездомные, гомосексуалисты, алкоголики) с активным вовлечением их в эту работу; бесплатная раздача презервативов:

- создание специальных программ по санпросветработе среди неучащейся и неработающей молодежи;

- привлечение общественных организаций к работе с этими группами;

- информирование населения о том, что медицинская помощь, оказываемая в рамках государственных служб, обеспечивает как соблюдение принципов неприкосновенности частной жизни, так и конфиденциальность полученной информации.

5.4.5. Отдел первичной профилактики возглавляет заведующий.

## 5.5. Диагностическая лаборатория

5.5.1. Диагностическая лаборатория организуется путем функционального объединения всех лабораторных подразделений Диспансера на правах отделения.

5.5.2. Основными задачами диагностической лаборатории являются:

- выполнение общеклинических, гематологических, цитологических, иммунологических, бактериологических исследований по лабораторной диагностике заболеваний, обусловленных инфекциями, передаваемых половым путем, для широкой сети лечебно-профилактических учреждений и реабилитационных учреждений обслуживаемого региона.

- по согласованию с исполнительными органами и органами здравоохранения расширение платных диагностических услуг населению в соответствии с действующими нормативными актами, принятыми в установленном порядке,

- внедрение в практику Диспансера современных лабораторно-диагностических исследований, предусмотренных действующими нормативными документами,

- осуществление внешнего контроля качества лабораторной диагностики в пределах компетенции Диспансера, в том числе на договорной основе,

- осуществление консультативно-методической помощи лабораториям лечебно-профилактических учреждений субъекта Российской Федерации по диагностике инфекций, передаваемых половым путем, дерматозам и заразным кожным заболеваниям, в том числе и на договорной основе,

- организация повышения квалификации лаборантов.

5.5.3. В структуру диагностической лаборатории входят:

а) клинико-диагностическая лаборатория

б) бактериологическая лаборатория

в) серологическая лаборатория

г) гисто-цитологическая лаборатория

д) биохимическая лаборатория

5.5.4. Диагностическая лаборатория возглавляется заведующим.

## 5.6. Отделение периодических профилактических медицинских осмотров

5.6.1. Отделение периодических профилактических медицинских осмотров по проведению обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских обследований с целью предотвращения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний может быть организовано по решению органов здравоохранения в кожно-венерологических диспансерах (отделениях).

5.6.2. Структура отделения периодических медицинских осмотров формируется с учетом потребностей населения субъекта Федерации в данном виде помощи.

5.6.3. Предварительные и периодические медицинские обследования проводятся по утвержденному расписанию в удобное для работающих время.

5.6.4. Списки работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам, составляются руководителями организаций и представляются в отделение периодических медицинских осмотров.

5.6.5. Перечень профессий, кратность медицинских осмотров, а также порядок их проведения и стоимость определяются договором между кожно-венерологическим диспансером (отделением) и организациями всех форм собственности после согласования с центром госсанэпиднадзора субъекта Российской Федерации.

5.6.6. Отделение профилактических медицинских осмотров возглавляет заведующим.

## 5.7. Косметологическое отделение (кабинет).

5.7.1. Структура косметологического отделения (кабинета) формируется с учетом потребностей населения субъекта Российской Федерации в оказании специализированной косметологической помощи.

5.7.2. Косметологическое отделение (кабинет) осуществляет в соответствии с полученной лицензией и сертификатами специализированную косметологическую помощь.

5.7.3. Основной задачей косметологического отделения (кабинета) является завершение лечения и реабилитация больных с кожной патологией (угревая сыпь, себорея, заболевания волос, псориаз волосистой части головы, доброкачественные новообразования, гиперпигментация и др. болезни кожи) с использованием наружных косметических средств, манипуляций и косметологической аппаратуры. В комплекс оказываемых услуг входят мероприятия по лечебной (консервативной и оперативной) гигиенической и профилактической косметологии.

5.7.4. Пациенты косметологического отделения (кабинета) обращаются на прием самостоятельно или по направлению дерматовенеролога.

5.7.5. Прием ведет врач дерматовенеролог, имеющий сертификат специалиста по косметологии. Во время приема проводятся консультации и лечебные мероприятия, включающие мелкие оперативные вмешательства с применением электрокаутера или диатермокаутера.

5.7.6. Пациенты, нуждающиеся в оперативном лечении мелких доброкачественных новообразований, консультируются онкологом.

5.7.7. Выполнение назначенных процедур (кроме врачебных) осуществляет специалист, имеющий среднее медицинское образование и сертификат специалиста по косметологии.

5.7.8. Медицинские услуги, проводимые в косметологическом отделении (кабинете) осуществляются в соответствии с классификатором медицинских услуг.

## **6. Имущество и финансы**

6.1. Имущественные права, порядок и источники финансирования, порядок учета и отчетности закрепляются за Диспансером Уставом учреждения.

---

\* "Положение" носит рекомендательный характер.

**Приложение N 3**

**к приказу Минздрава РФ**

**от 30 июля 2001 г. N 291**

**Тактика взаимодействия врачей акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, неонатологов и педиатров по профилактике и диагностике врожденного сифилиса**

### **1. Выявление случаев сифилитической инфекции у беременных**

Приоритет в выявлении сифилиса у беременных принадлежит акушерско-гинекологической службе.

При выявлении у беременной женщины впервые слабоположительных и положительных серологических реакций на сифилис или при обращении женщины, болевшей сифилисом до наступления данной беременности, акушер-гинеколог ставит женщину в известность о полученных анализах и рекомендует ей обратиться для дальнейшего обследования и, если необходимо, лечения к дерматовенерологу по месту жительства.

В задачу врача акушера-гинеколога входит обследование женщины на другие заболевания, передаваемые половым путем.

Задачей дерматовенеролога является установление клинического диагноза сифилиса, назначение и проведение адекватной терапии - специфической и, по показаниям, профилактической.

Дифференцирование с биологически ложноположительными серологическими реакциями проводится в случаях:

- противоречивых, нередко слабоположительных результатах серологических реакций;
- изолированной позитивности одного теста среди отрицательных других;
- колебаний результатов тестов в повторных исследованиях;
- отсутствии анамнестических указаний на сифилис у беременной и каких-либо объективных признаков сифилиса у половых партнеров.

При выявлении положительных серологических реакций на поздних сроках беременности (с 32 недель) или невозможности, по каким-либо причинам, проведения дифференциальной диагностики беременной назначается специфическое лечение.

Выявление сифилиса у беременной является показанием к лечению, а не к прерыванию беременности, если она желанна.

В настоящее время не существует научных критериев для прерывания беременности по медицинским показаниям при выявлении сифилиса у беременной.

Однако, учитывая, что даже полноценное лечение сифилиса во время беременности не гарантирует 100% случаев рождения ребенка без признаков внутриутробного инфицирования, сифилис отнесен к медицинским показаниям для прерывания беременности в сроке до 28 недель (приказ Минздрава России от 28.12.93 N 302).

Врач объективно информирует женщину о степени риска неблагоприятного исхода беременности (с учетом индивидуальных характеристик случая), а также об эффективности планируемых мер по профилактике врожденного сифилиса, в первую очередь - специфического лечения. Решение о сохранении или прерывании беременности принимает сама женщина (ст.36 Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан). Желанная беременность должна быть сохранена, а врач обязан предпринять все необходимое для лечения и предупреждения врожденного сифилиса.

Установление диагноза на раннем сроке беременности, раннее полноценное специфическое лечение и, по показаниям, профилактическое - наиболее благоприятная ситуация для предупреждения заболевания ребенка.

Установлено, что введение препаратов пенициллина и цефтриаксона на ранних стадиях беременности не представляет угрозы для плода.

При возникновении осложнений в течении беременности врач акушер-гинеколог должен ставить в известность дерматовенеролога.

## **2. Специфическое и профилактическое лечение беременных**

Специфическое лечение считается адекватным, если оно начато до 32-й недели беременности и проводится препаратами пенициллина - водорастворимым и средней дюрантности (прокаин-пенициллин, новокаиновая соль пенициллина) на любых сроках беременности и дюрантными - только до 18 недель беременности. При использовании альтернативных препаратов адекватным можно считать лечение полусинтетическими пенициллинами и цефтриаксоном.

На фоне сифилитической инфекции у беременных нередко поражается фетоплацентарная система, что определяет тяжесть состояния плода и диктует необходимость обязательной коррекции этого состояния на фоне специфической терапии.

Назначение в этих случаях необходимой симптоматической терапии относится к компетенции акушера-гинеколога.

Показаниями для проведения профилактического лечения являются:

- сохранение позитивности КСР (МР) во время беременности после специфического лечения, проведенного до беременности,
- специфическое лечение во время беременности.



Профилактическое лечение обычно проводится с 20-й недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении - сразу вслед за ним. Для профилактического лечения используется водорастворимый пенициллин и препараты средней дюрантности. Дюрантные препараты пенициллина для профилактического лечения не применяются.

Женщинам, получившим превентивное противосифилитическое лечение во время данной беременности, профилактическое лечение не требуется.

### **3. Наблюдение за беременной, которая получила специфическое лечение по поводу сифилиса, с момента окончания терапии при беременности до наступления родов.**

Наблюдение должно осуществляться как акушером-гинекологом, так и дерматовенерологом. Дерматовенеролог оценивает динамику негативации КСР. В задачу акушера-гинеколога входит диагностика и коррекция выявленных патологических изменений в течении беременности.

### **4. Тактика обследования и ведения ребенка, родившегося от матери, больной или болевшей сифилисом.**

Родильный дом (отделение):

- Клинический осмотр ребенка : неонатолог (педиатр), акушер-гинеколог
- Исследование плаценты:
  - макроскопическое (описание, взвешивание): акушер-гинеколог
  - микроскопическое: патоморфолог по направлению акушера-гинеколога
- Исследование пуповинной крови на КСР:
  - забор крови - акушер-гинеколог
  - исследование крови - лаборатория кожно-венерологического диспансера (КВД)
- Установление показаний к профилактическому лечению ребенка (отсутствие лечения, неполноценное, запоздалое лечение матери во время беременности): неонатолог (педиатр), дерматовенеролог
- Начало лечения ребенка:
  - с момента рождения неонатолог (педиатр, акушер-гинеколог),
  - дерматовенеролог уточняет и корректирует лечение (как можно раньше),

Консультация дерматовенеролога как можно раньше после родов (не позже первых трех суток): анамнез матери, клинический осмотр ребенка, назначение дополнительных диагностических процедур, коррекция лечения, оценка риска раннего врожденного сифилиса (РВС).

Детская больница (отделение):

- Новорожденный переводится в детскую больницу для продолжения лечения: неонатолог, дерматовенеролог

- Клинический осмотр: неонатолог (педиатр)

До 10-го дня лечения:

- Лабораторные тесты:

- общий клинический анализ крови

- биохимия крови

- серологические тесты с венозной кровью ребенка (на 7 - 8 -ой день лечения)

- Рентгенография длинных трубчатых костей (рентгенолог)

- Люмбальная пункция: неонатолог (дерматовенеролог)

- Консультация окулиста

- Консультация невропатолога

- Повторная консультация дерматовенеролога на 10 -ый день лечения:

- окончательное установление диагноза раннего врожденного сифилиса или его отклонение при условии обязательного проведения не менее 3-х исследований

- решение вопроса о завершении лечения (профилактическое) или его продолжении (специфическое)

- определение тактики клинико-серологического контроля

Кожно-венерологический диспансер:

- Проведение клинико-серологического контроля-дерматовенеролог

- Снятие с учета: дерматовенеролог

## **5. Современные критерии установления диагноза раннего врожденного скрытого сифилиса (РВСС)**

Установление диагноза раннего врожденного манифестного сифилиса (с клиническими проявлениями) не представляет особых затруднений.

Трудности возникают при диагностике раннего врожденного скрытого сифилиса, который трудно дифференцировать с трансплацентарной передачей антител от матери. Надежными дифференциально-диагностическими критериями отечественная сифилидология пока не располагает.

Наиболее информативным мог бы быть тест JgM-ИФА, однако качество отечественных тест-систем в настоящее время не позволяет полностью полагаться на полученные результаты. В то же время необходимо раннее установление диагноза для проведения ребенку соответствующего лечения - профилактического либо специфического.

Основные критерии, которые необходимо принимать во внимание при диагностике раннего врожденного скрытого сифилиса:

- данные анамнеза: отсутствие лечения или неадекватное лечение матери;
- макро- и микроскопические изменения плаценты;
- более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови ребенка в сравнении с пуповинной кровью;
- более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови ребенка, взятой на 7-8 день лечения, в сравнении с кровью матери;
- патология в ликворе;
- температурная реакция обострения после начала лечения:
- положительный тест JgM-ИФА с венозной кровью ребенка (как дополнительный критерий).

## **6. Первичная профилактика врожденного сифилиса**

Раннее выявление сифилиса у беременной связано, как правило, с ранним ее обращением в женскую консультацию. Однако, результаты исследований, проведенных в 2000 г. в пяти регионах России, показали, что из числа беременных, у которых был выявлен сифилис, до 40% не состояли на учете в женской консультации, в результате диагноз был установлен в поздние сроки беременности или при поступлении женщины на роды.

Беременные, болеющие сифилисом, не однородны по социальным характеристикам, часть из них отличается маргинальными чертами поведения и, в большинстве случаев, вообще не обращается за антенатальной помощью. Сифилис у этой группы пациенток выявляется только в родильном доме. Эти женщины наименее доступны для профилактических мероприятий. Учитывая это, целесообразно профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости сифилисом и других инфекций, передаваемых половым путем, начинать как можно раньше - на этапе подростковых кабинетов. Необходимо также активно привлекать к этой работе не только врачей всех специальностей, но и общественные немедицинские учреждения, такие, как центры кризисной помощи. Та часть женщин, которая посещает женскую консультацию, должна получить исчерпывающую информацию от врача, которая может быть изложена устно во время беседы, консультирования или предложена в виде наглядной печатной продукции. Информация должна содержать не только сведения об ИППП, путях заражения, мерах индивидуальной профилактики, но и напоминать о серьезных последствиях инфекций, передаваемых половым путем, в частности, сифилиса для здоровья будущего ребенка.

**Приложение N 4**

**к приказу Минздрава РФ**

**от 30 июля 2001 г. N 291**

**Тактика взаимодействия врачей дерматовенерологов, неврологов и других специалистов  
по диагностике и лечению больных ранним нейросифилисом**

**Введение**

За период с 1995 по 1999 годы, на фоне роста заболеваемости сифилисом, появились и продолжают диагностироваться все новые случаи симптомного нейросифилиса с тяжелым и среднетяжелым течением. Решающую роль в диагностике любой формы нейросифилиса играет исследование спинномозговой жидкости, с учетом совокупности показателей: цитоза, белка, КСР, РИФц. В последние годы для диагностики нейросифилиса стали использоваться дополнительные инструментальные методы обследования больных.

С помощью магнитнорезонансной томографии (МРТ) головного и спинного мозга определяется топический диагноз, форма нейросифилиса и проводится дифференциальная диагностика между нейросифилисом и различными другими неврологическими заболеваниями, в частности, новообразованиями, инсультами неспецифической этиологии.

Метод вызванных потенциалов позволяет выяснить локальный уровень поражения в центральной нервной системе, нередко выявляет очаги, которые не определяются клинически. Электроэнцефалограмма облегчает диагностику в случаях, когда имеют место эпилептиформные припадки, поскольку они возникают зачастую на фоне отсутствия клинической симптоматики, и больные амнезируют припадок, а врач в большинстве случаев его не наблюдает.

Согласно данным современной зарубежной литературы, основным принципом и условием успешного лечения любой формы нейросифилиса является проникновение антибиотика в спинномозговую жидкость в тремонемонидной концентрации. В связи с этим, предлагается практическим врачам применять схему лечения, отвечающую этому принципу.

#### **Показания и противопоказания:**

Магнитнорезонансная томография (МРТ) показана больным с церебральным, спинальным менингоскулярным сифилисом, прогрессирующим параличом, гуммами спинного и головного мозга и подозрением на эти нозологические формы. Противопоказания для проведения МРТ:

- кардиостимулятор,
- металлические инородные предметы в теле больного (клипсы, пули и др.),
- клаустрофобия.

Метод вызванных потенциалов (ВП) показан при любой форме нейросифилиса. Противопоказаний для проведения данного метода нет.

Электроэнцефалограмма (ЭЭГ) показана при цереброваскулярном сифилисе, в клинике которого имели место эпилептиформные припадки. Противопоказаний для проведения ЭЭГ нет.

Методика лечения рекомендована для использования при любой форме нейросифилиса.

Противопоказания для применения пенициллина:

- непереносимость пенициллина.

Основными критериями, определяющие прогноз при нейросифилисе, являются:

- клиническая форма нейросифилиса,
- ранняя диагностика,
- раннее адекватное лечение,

- возраст больного.

### **Метод лечения:**

Внутривенное введение натриевой соли бензилпенициллина может производиться струйно или капельно.

Внутривенное струйное введение натриевой соли бензилпенициллина в суточной дозе 12 - 24 млн. ЕД (разовая доза 2 - 4 млн. ЕД), проводится 6 раз в сутки (интервал между введением 4 часа). Разовая доза бензилпенициллина натриевой соли разводится в 10 мл. воды для инъекций или физиологического раствора и вводится медленно (в течение 3 - 5 минут) в локтевую вену.

Внутривенное капельное введение бензилпенициллина натриевой соли в суточной дозе 20 млн. ЕД проводится 2 раза в сутки по 10 млн. ЕД, в течение 14 дней. Разовая доза антибиотика разводится в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводится внутривенно в течение 1,5 - 2 часов.

### **Тактика ведения больных:**

Пациенты с тяжелой клинической картиной (парезы, параличи, эпилептиформные припадки, невриты ЧМН...) изначально поступают в неврологические отделения городских больниц, где при скрининговом обследовании выявляется положительный КСР. Обследование и лечение такого рода больных должно осуществляться именно в неврологическом стационаре, поскольку в венерологическом стационаре нет необходимых условий для обследования и ухода за ними.

Установление диагноза должно производиться совместно дерматовенерологом и неврологом, специфическое лечение назначаться дерматовенерологом, а симптоматическая и реабилитационная терапия - неврологом. В процессе лечения больного ведет невролог и консультирует дерматовенеролог.

При госпитализации больных нейросифилисом в неврологический стационар встречаются случаи выписки больного по получении положительных результатов КСР или попытки перевода в венерологический стационар, несмотря на тяжелую неврологическую патологию. Это обычно связано с опасениями неврологов в отношении заразности больного и допустимости его пребывания в стационаре на общих основаниях. Неврологи должны иметь в виду, что больные нейросифилисом редко имеют наружные заразные проявления сифилиса. Но и при наличии таких проявлений больные заразны главным образом при половом контакте. После начала лечения пациенты становятся эпидемиологически не опасными.

Пациенты с менее выраженной неврологической симптоматикой с поражениями органов зрения, слуха, бессимптомным менингитом могут получать в полном объеме медицинскую помощь в условиях венерологического стационара, но при консультативном участии невролога.

Установление диагноза нейросифилиса невозможно без проведения ликворологического исследования, с учетом совокупности 4-х показателей: цитоза, белка, КСР, РИФ (РИФ с цельным ликвором).

Профилактикой постпункционного синдрома, выражающегося в головной боли, тошноте, рвоте, является постельный режим и обильное питье, в течение 1 - 2 дней.

После получения результатов ликворологического исследования (нормальный цитоз - до 5 - 8 клеток в 1 мм, норма белка - до 0,46 г/л, консультаций всех необходимых специалистов и установления диагноза, назначается специфическая терапия. Для предотвращения реакции обострения (в виде появления или усугубления неврологической симптоматики) рекомендуется в первые три дня пенициллинотерапии пероральный прием преднизолона в суточной дозе 50 - 60 мг. По окончании пребывания в стационаре, выписка из истории болезни направляется в кожно-венерологический диспансер, где и проводится клинико-серологический контроль в течение 3-х лет.

Врач дерматовенеролог, наблюдающий пациента по окончании лечения, привлекает консультанта невролога для осмотра пациента 1 раз в 6 месяцев (по мере необходимости). Дерматовенеролог организует также консультации других специалистов.

Первое контрольное исследование ликвора проводится через 6 месяцев после окончания курса терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в пределах 3-х лет после установления диагноза.

Цитоз быстро реагирует на специфическую терапию, следовательно, резкое снижение числа клеток является критерием адекватности проводимого лечения. Белок зачастую снижается значительно медленнее и в течение 2 лет может оставаться патологическим. Крайне важным является пусть медленное, но снижение белка. КСР в ликворе в течение 1 года после лечения может оставаться позитивным, но с тенденцией к снижению. РИФч долгое время сохраняется положительной в ликворе, поэтому не может использоваться как критерий излеченности.

Проведение контрольных пункций в сроки 1 раз в 6 месяцев необходимы по двум обстоятельствам:

1. По данным различных авторов, после адекватного специфического лечения примерно в 30% случаев возможен клинический и серологический рецидив нейросифилиса;

2. Данные ликворологического исследования являются критерием для назначения дополнительного курса специфической терапии.

Показания для проведения дополнительного курса специфической терапии:

- количество клеток не возвращается к норме в течение 6 месяцев или, вернувшись к норме, вновь увеличивается;
- в течение 1 года не происходит снижения позитивности КСР в ликворе;
- в течение 2 лет не происходит существенного снижения белка.

Помимо специфического лечения, больной может получать курсы неспецифической терапии по назначению соответствующих специалистов (неврологов, окулистов, психиатров, физиотерапевтов) как во время курса антибактериальной терапии, так и после него.

