

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO

Į S A K Y M A S

**DĖL LĖTINĖS OBSTRUKČINĖS PLAUČIŲ LIGOS, GONOKOKINĖS INFEKCIJOS,
SIFILIO DIAGNOSTIKOS IR AMBULATORINIO GYDYMO, KOMPENSUOJAMO IŠ
PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, METODIKŲ
PATVIRTINIMO**

2004 m. gegužės 14 d. Nr. V-367
Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. gruodžio 22 d. nutarimu Nr. 1595 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. sausio 24 d. nutarimo Nr. 84 „Dėl ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų, kompensuojamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ dalinio pakeitimo“ (Žin., 2001, Nr. [108-3957](#)) ir Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos 2003 m. sausio 30 d. nutarimu Nr. 1/2:

1. T v i r t i n u pridedamas ligų diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikas:

- 1.1. Lėtinės obstrukcinės plaučių ligos (J44),
- 1.2. Gonokokinės infekcijos (A54),
- 1.3. Sifilio (A50–A53).

2. N u s t a t a u , kad įsakymas įsigalioja 2004 m. rugsėjo 1 d.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

JUOZAS OLEKAS

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2004 m. gegužės 14 d.
įsakymu Nr. V-367

LĖTINĖS OBSTRUKČINĖS PLAUČIŲ LIGOS DIAGNOSTIKOS IR AMBULATORINIO GYDYMO, KOMPENSUOJAMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, METODIKA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Lėtinė obstrukcinė plaučių liga (toliau – LOPL) – tai patologinė būklė, apibūdinama progresuojančia kvėpavimo takų (bronchų) obstrukcija, kuri nėra visiškai pagydoma.

II. LOPL DIAGNOSTIKOS KRITERIJAI

2. LOPL rizikos veiksniai yra šie:

- 2.1. rūkymas;
- 2.2. $\alpha 1$ antitripsino stoka;
- 2.3. profesiniai plaučių toksinai (dulkės, dujos);
- 2.4. atmosferos užterštumas;
- 2.5. infekcijos.

3. Anamnezė: įtariant ar patvirtinus LOPL diagnozę, reikia įvertinti:

- 3.1. rizikos veiksnius – ypač rūkymą;
- 3.2. persirgtas ligas;
- 3.3. šeimos anamnezę;
- 3.4. simptomų atsiradimo pobūdį;
- 3.5. **paūmėjimus ar ankstesnį gydymą stacionare;**
- 3.6. gretutines ligas (pvz., širdies reumatą), kurios riboja paciento aktyvumą;
- 3.7. taikytą gydymą.

4. **Simptomai:**

- 4.1. lėtinis kosulys, iš pradžių protarpiais, vėliau kasdieninis, retai – vien naktį;
- 4.2. skrepliavimas;
- 4.3. dusulys, ilgainiui stiprėjantis;
- 4.4. švokštimas, kartais krūtinės sukaustymas yra nespecifiniai simptomai ir gali įvairuoti per dieną ar ilgesnį laikotarpį.

5. **Objektyvaus tyrimo duomenys:**

- 5.1. auskultuojant girdimas švokštimas (cypimas) plaučiuose ir pailgėjęs iškvėpimas;
- 5.2. padidėjusi krūtinės ląstos apimtis;
- 5.3. hiperrezonansas perkutuoiant;
- 5.4. periferinė edema;
- 5.5. centrinė cianozė;
- 5.6. padidėjusio spaudimo jungo venose požymiai.

6. **Tyrimai:**

6.1. Spirometrija yra pagrindinis funkcinis tyrimas LOPL diagnostikai ir ligos progresavimui įvertinti.

6.2. Bronchų dilatacinis mėginys padeda nustatyti obstrukcijos laikinumą. Jį tikslinga atlikti tik kartą diagnozuojant ligą.

6.3. Skrepliuose – neutrofilai, ligai paūmėjus – leukocitų $> 20 - 25$ reg. l.

6.4. Bronchoskopija (bronchoalveolinis lavažas – skystyje vyrauja CD8⁺ limfocitai).

6.5. $\alpha 1$ antitripsino tyrimas atliekamas pacientams, kurie LOPL susirgo jaunesni nei 45 metų amžiaus arba kai LOPL serga šeimos nariai.

6.6. Krūtinės ląstos rentgeno tyrimas. Retai turi diagnostinę vertę, tačiau vertinga kitoms diagnozėms paneigti. Kompiuterinė tomografija (KT) – jei yra abejonių dėl diagnozės.

6.7. Arterinio kraujo dujų tyrimai svarbūs LOPL toliau progresuojant. Šis tyrimas atliekamas, jei paciento $FEV_1 < 40$ proc. būtinojo dydžio arba jei yra kvėpavimo ar dešinėsios širdies pusės nepakankamumo požymių (Pastaba. Gydytojas, diagnozavęs LOPL, būtinai nurodo ligos sunkumo stadiją).

7. Pagrindiniai LOPL diagnostikos principai:

7.1. Bendrosios praktikos gydytojas ar vidaus ligų gydytojas įtaria LOPL diagnozę ir siunčia pacientą pas pulmonologą konsultuotis, kad būtų patvirtinta LOPL diagnozė.

7.2. Pulmonologas nustato LOPL diagnozę, nurodo ligos sunkumo stadiją ir rekomenduoja gydymą.

7.3. Esant indikacijoms bendrosios praktikos gydytojas ar vidaus ligų gydytojas siunčia pacientą tikslinei pulmonologo konsultacijai.

7.4. Bendrosios praktikos gydytojas ar vidaus ligų gydytojas pacientą, sunkiai ar labai sunkiai sergantį LOPL, gydymo kokybei įvertinti ne rečiau kaip kas 6 mėn. siunčia pas pulmonologą konsultuotis.

(1 lentelė) LOPL sunkumo klasifikacija

Klasifikacija (2003)	O (rizika)	I (lengva)	II (vidutinio sunkumo)	III (sunki)	IV (labai sunki)
Būdingi požymiai	Lėtiniai simptomai Rizikos veiksniai Normalūs spirometrijos rodikliai	$FEV_1/FVC < 70\%$ $FEV_1 \geq 80\%$ Simptomai yra arba jų nėra	$FEV_1/FVC < 70\%$ $50\% \leq FEV_1 < 80\%$ Simptomai yra arba jų nėra	$FEV_1/FVC < 70\%$ $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ Simptomai yra arba jų nėra	$FEV_1/FVC < 70\%$ $FEV_1 < 30\%$ arba kvėpavimo nepakankamumas, arba dešinėsios širdies pusės nepakankamumas

(2 lentelė) Indikacijos, dėl kurių pacientas siunčiamas pas pulmonologą konsultuotis

Priežastys	Tikslas
1. Bronchų astmos ir LOPL diferenciacija	Atlikti alergologinius, bronchų provokacinius ir kitus tyrimus
2. Jaunesniems nei 40 m. amžiaus pacientams pasireiškę LOPL požymiai	Išaiškinti, ar nėra α_1 antitripsino trūkumo
3. Simptomai nesiderina su spirometrijos rodikliais	Ištirti, ar nėra kitų plaučių ligų, nustatyti LOPL priežastis
4. Greitas FEV_1 mažėjimas (> 50 ml per metus)	Išaiškinti priežastis, tikslinti gydymą
5. Dažnos infekcijos, paūmėjimai	Patikslinti priežastis (bronhektazijos, imunodeficitinės būklės, kt.)
6. Įtariama sunki LOPL	Patikslinti diagnozę ir nustatyti tinkamiausią gydymą
7. Įtariama plautinė širdis	Patikslinti diagnozę ir nustatyti tinkamiausią gydymą
8. Nuolatinis gydymo O_2 poreikis	Kraujo dujų tyrimai, deguonies srauto titravimas
9. Ar reikia skirti gliukokortikoidų	Nustatyti jų efektyvumą, indikacijas, dozavimą
10. Įtariama buliozinė emfizema	Nustatyti indikacijas operacijai

III. BENDRIEJI GYDYMO PRINCIPAI

8. Pagrindiniai LOPL gydymo principai:

8.1. Pakopinis gydymas, atsižvelgiant į ligos sunkumo stadiją.

8.2. Bronchus plečiantys vaistai yra simptominio LOPL gydymo pagrindas. Jie vartojami pagal poreikį arba reguliariai simptomų prevencijai ir jiems mažinti.

8.3. Pagrindiniai bronchus plečiantys vaistai – skiriami LOPL gydyti – anticholinerginiai vaistai, β_2 agonistai ir jų kombinacijos.

8.4. Bronchus plečiančių vaistų pasirinkimas priklauso nuo vaisto prieinamumo ir poveikio pacientui, kuris vertinamas pagal simptomų palengvėjimą ir nepageidaujamų reiškinių atsiradimą.

8.5. Nuolatinis gydymas ilgo veikimo bronchus plečiančiais vaistais yra efektyvesnis ir patogesnis.

8.6. Gydymas inhaliaciniais gliukokortikosteroidais skiriamas pacientams, sergantiesiems sunkia (kai $FEV_1 < 50$ proc.) ir labai sunkia (kai $FEV_1 < 30$ proc.) LOPL stadija ir kuriems kartojasi ligos paūmėjimai (bent trys per paskutinius trejus metus).

8.7. Inhaliaciniai bronchus plečiantys vaistai ir geriamieji gliukokortikosteroidai yra efektyvūs LOPL paūmėjimams gydyti.

8.8. Dėl blogo naudos ir rizikos pacientui santykio reikia vengti nuolatinio gydymo geriamaisiais gliukokortikosteroidais.

8.9. LOPL paūmėjimui gydyti padidinama iki paūmėjimo vartotų bronchodilatorių (anticholinergikų ir/ar β_2 agonistų) ir gliukokortikosteroidų dozė ar skyrimo dažnis.

8.10. Antibiotikai vartojami, kai padidėja bronchų sekreto kiekis ir pūlingumas, yra galimas karščiavimas. Empiriškai skiriami geriamieji antibakteriniai vaistai, veikiantys *S. pneumoniae*, *H. influenzae* ir *M. catarrhalis*.

8.11. Ligoniams, kurie serga lėtiniu kvėpavimo nepakankamumu, skirtina ilgalaikė deguonies terapija (> 15 val. per dieną).

(3 lentelė) SERGANČIŲJŲ LĖTINE OBSTRUKCIINE PLAUCIŲ LIGA AMBULATORINIO GYDYMO METODIKA

LOPL stadija	Gydymas
I (lengva)	- Trumpai veikiantys bronchodilatoriai skiriami pagal poreikį: - anticholinerginiai vaistai: ipratropiumo bromidas, 20 mcg po 2 dozes 3–4 kartus per parą; β_2-agonistai: salbutamolis, 100–200 mcg po 2 dozes 3–4 kartus per parą. - Nesant pakankamo poveikio galima skirti šiuos trumpo veikimo vaistų derinius viename inhaliatoriuje: - fenoterolis, 50 mcg + ipratropiumo bromidas, 21 mcg po 2 dozes 3–4 kartus per parą; - salbutamolis, 120 mcg + ipratropiumo bromidas, 21 mcg po 2 dozes 3–4 kartus per parą.
II (vidutinio sunkumo)	- Trumpo veikimo bronchus plečiantys vaistai skiriami nuolatinio LOPL gydymo atveju: - ipratropiumo bromidas, 20 mcg po 2 dozes 3–4 kartus per parą ir /ar salbutamolis, 100–200mcg po 2 dozes 3–4 kartus per parą arba vaistų deriniai viename inhaliatoriuje; - fenoterolis, 50 mcg + ipratropiumo bromidas, 21 mcg po 2 dozes 3–4 kartus per parą; - salbutamolis, 120 mcg + ipratropiumo bromidas, 21 mcg po 2 dozes 3–4 kartus per parą. - Pridėti gydymui vieną ar daugiau ilgo veikimo bronchus plečiančių vaistų: - salmeterolį, 25 – 50 mcg po 1 – 2 dozes 2 kartus per parą; - tiotropiumą, 18 mcg po 1 dozę 1 kartą per parą. - Esant reikalui, pridėti ksantinus (aminofiliną, stebint teofilino koncentraciją kraujyje).
III (sunki)	- Bronchus plečiantys vaistai skiriami kaip vidutinio sunkumo LOPL stadijos atveju. - Pridėti inhaliacinius gliukokortikosteroidus – kai $FEV_1 < 50$ % būtino dydžio ir kartojasi ligos paūmėjimai (≥ 3 kartus per paskutinius trejus metus): - beklometazonas, 400–1000 mcg 2 kartus per parą; - flutikazonas, 250–500 mcg 2 kartus per parą; arba vaistų derinius viename inhaliatoriuje: - salmeterolis, 50 mcg + flutikazonas, 500 mcg 2 kartus per parą; - formoterolis, 9 mcg + budezonidas, 320 mcg 2 kartus per parą.

IV (labai sunki)	1. Bronchus plečiantys vaistai skiriami kaip vidutinio sunkumo ir sunkios LOPL stadijos atveju. 2. Pridėti inhaliacinius gliukokortikosteroidus – kai $FEV_1 < 30\%$ būtino dydžio ir kartojasi ligos paūmėjimai (≥ 3 kartus per parą trejus metus) 2.1. beklometazonas, 800–1000 mcg 2 kartus per parą; 2.2. flutikazonas, 500 mcg 2 kartus per parą; arba vaistų derinius viename inhaliatoriuje: 2.3. salmeterolis, 50 mcg + flutikazonas, 500 mcg 2 kartus per parą; 2.4. formoterolis, 9 mcg + budesonidas, 320 mcg 2 kartus per parą. 3. Esant reikalui, pridėti, geriamuosius gliukokortikosteroidus, 60 mcg parai. 4 Ilgalaikė deguonies terapija*.
------------------	---

*Metodikos tvirtinimo metu nekompensuojama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2004 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-367

GNOKOKINĖS INFEKCIJOS DIAGNOSTIKOS IR AMBULATORINIO GYDYMO, KOMPENSUOJAMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, METODIKA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Gonokokinė infekcija – tai lytinių santykių ir gimdymo metu perduodama užkrečiamoji liga, kurią sukelia *Neisseria gonorrhoeae* (toliau – *N. gonorrhoeae*). Hematogeninis infekcijos išplitimas, kaip ir buitinis užsikrėtimas – itin reti.

2. Sergančiųjų lytinių partnerių privalomoji epidemiologinė priežiūra atliekama vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 25 d. įsakymu Nr. V-117 „Dėl lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros tvarkos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose“ (Žin., 2003, Nr. [27-1105](#)) ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-276 „Dėl Visuomenei pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. [50-2244](#)).

3. Gonokokinę infekciją įtarti ir tęsti gydymą, vadovaudamiesi specialistų rekomendacijomis ir Medicinos norma (toliau – MN) 14:1999, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gruodžio 16 d. įsakymu Nr. 553 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 1999, Nr. [109-3196](#)), gali bendrosios praktikos gydytojai. Tai gali daryti ir akušeriai-ginekologai, vadovaudamiesi MN 64:1999, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. sausio 18 d. įsakymu Nr. 28 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:1999 „Gydytojas akušeris-ginekologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 1999, Nr. [10-227](#)), ir kiti gydytojai, vadovaudamiesi savo specialybės medicinos normos reikalavimais.

4. Pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. spalio 28 d. įsakymu Nr. 542 „Dėl 10-os redakcijos Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos įvedimo“ (Žin., 2001, Nr. [50-1758](#)), skiriama (1 lentelė):

1 lentelė

Nr.	Kodas	Pavadinimas
1	A54	Gonokokinė infekcija
2	A54.0	Apatinių lytinių ir šlapimo takų gonokokinė infekcija be periuretrinių ir pridėtinių liaukų absceso (pūlinio)
3	A54.1	Apatinių lytinių ir šlapimo takų gonokokinė infekcija su periuretrinių ir pridėtinių liaukų abscesu (pūliniu)
4	A54.2	Gonokokinis pelvioperitonitas ir kitos gonokokinės urogenitalinės infekcijos
5	A54.3	Gonokokinė akių infekcija
6	A54.4	Gonokokinė kaulų ir raumenų sistemos infekcija
7	A54.5	Gonokokinis faringitas
8	A54.6	Tiesiosios žarnos ir išangės gonokokinė infekcija
9	A54.8	Kita gonokokinė infekcija
10	A54.9	Gonokokinė infekcija, nepatikslinkta
11	K67.1	Gonokokų sukeltas peritonitas (A54.8+)
12	M73.0	Gonokokinis bursitas (A54.4+)
13	N74.3	Gonokokinis moters dubens organų uždegimas (A54.2+)
14	O98.2	Gonorėja, komplikuojanti nėštumą, gimdymą ir pogimdyminį laikotarpį

II. GONOKOKINĖS INFEKCIJOS DIAGNOSTIKA

5. Diagnostikos indikacijos:
 - 5.1. subjektyvūs ir objektyvūs šlapimo kanalo uždegimo požymiai;
 - 5.2. pūlingas gimdos kaklelio uždegimas;
 - 5.3. lytiniai santykiai su sergančiais simptomine gonokokine infekcija per paskutines 14 dienų arba paskutinis lytinis partneris, su kuriuo pacientas lytiškai santykiavo daugiau nei prieš 14 dienų;
 - 5.4. lytiniai santykiai su nesimptomine vyrų šlapimo kanalo ir kitomis gonokokinės infekcijos formomis sergančiais lytiniais partneriais per paskutines 90 dienų;
 - 5.5. lytiniai santykiai su asmeniu, sergančiu kita lytiškai plintančia infekcija ar dubens organų uždegimu;
 - 5.6. paciento prašymas ar nurodyti santykiai su nauju lytiniu partneriu;
 - 5.7. jaunesnio nei 40 metų vyro sėklidės ir sėklidės prielipo uždegimas ar prostatitas;
 - 5.8. ūmus moters mažojo dubens organų uždegimas;
 - 5.9. pūlinga naujagimio akių infekcija;
 - 5.10. išskyros iš makšties, esant papildomiems rizikos veiksniams (jaunesnė nei 25 metų pacientė, nurodytas naujas lytinis partneris).
 - 5.11. invazinės gimdos kaklelio procedūros ar dirbtinis apvaisinimas.
6. Laboratoriniai tyrimai:
 - 6.1. Gramo ir/ar metileno mėliu dažytų tepinėlių mikroskopija;
 - 6.2. klinikinės medžiagos tyrimas pasėlio metodu;
 - 6.3. klinikinės medžiagos tyrimas *N. gonorrhoeae* antigeno nustatomaisiais metodais;
 - 6.4. klinikinės medžiagos tyrimas *N. gonorrhoeae* nukleino rūgšties fragmento nustatomaisiais metodais.
7. Diagnostikos kriterijai:
 - 7.1. Būdingos formos intraląsteliniai (leukocitų viduje) diplokokai gramu ir/ar metileno mėliu dažytuose tepinėliuose, paimtuose iš paciento šlapimkanalio, gimdos kaklelio kanalo ir tiesiosios žarnos (kai yra būdingų klinikinių ligos požymių ir (ar) epidemiologinių duomenų);
 - 7.2. ėminyje aptinkama:
 - 7.2.1. *N. Gonorrhoeae*, taikant pasėlio metodą;
 - 7.2.2. *N. Gonorrhoeae* antigeno;
 - 7.2.3. *N. Gonorrhoeae* nukleino rūgšties fragmento;
 - 7.3. Pasėlio metodas yra būtinas vaikų ir naujagimių gonokokinei infekcijai diagnozuoti bei teismo ekspertizės atvejais.
8. Kiti tyrimai. Gydytojas, diagnozavęs gonokokinę infekciją, privalo informuoti pacientą, jog būtina išsirtinti dėl kitų lytiškai plintančių infekcijų.

III. AMBULATORINIS GONOKOKINĖS INFEKCIJOS GYDYMAS

9. Ambulatorinis lyties takų gonokokinės infekcijos gydymas turi būti derinamas su *Chlamydia trachomatis* infekcijos gydymu (kaip nurodyta 1 lentelės 1 punkte), jei šios infekcijos tikimybė nepaneigta tyrimais.

10. Ambulatorinio gydymo schemos (2 lentelė):

2 lentelė

Eil. Nr.	Indikacijos	Kompensuojamieji vaistai (dozės, skyrimo būdai, gydymo trukmė)*	Nekompensuojamieji vaistai (dozės, skyrimo būdai, gydymo trukmė)
1.	Suaugusiųjų apatinių šlapimo ir lyties takų ar tiesiosios žarnos gonokokinė infekcija	<i>Ciprofloxacinum</i> (geriama 500 mg, vieną kartą) ir 7 paras <i>Doxycyclinum</i> (geriama	<i>Ceftriaxonum</i> (250 mg, leidžiama į raumenis, vieną kartą) arba <i>Cefixime</i> (geriama 400 mg, vieną

		po 100 mg, du kartus per parą)	kartą) arba <i>Ofloxacinum</i> (geriama 400 mg, vieną kartą) ir 7 paras <i>Doxycyclinum</i> (geriama po 100 mg, du kartus per parą)
2.	Nėščiosios ir maitinančios krūtimi moterys		<i>Ceftriaxonum</i> (250 mg, leidžiama į raumenis, vieną kartą) ir 7 paras <i>Erythromycinum</i> (bazinis) (geriama po 500 mg, keturis kartus per parą)
3.	Ryklės gonokokinė infekcija	<i>Ciprofloxacinum</i> (geriama 500 mg, vieną kartą)	
4.	Naujų gimimų akių gonokokinė infekcija; motinų, užsikrėtusių gonokokine infekcija, naujų gimimų; vaikų gonokokinė infekcija**	<i>Benzylpenicillinum</i> (leidžiama į veną kas 6 val. 50 tūkst. TV (naujų gimimams) ar 200 tūkst. TV (vaikams), 3 dienas)	<i>Ceftriaxonum</i> (25–50 mg/kg, ne daugiau kaip 125 mg, leidžiama į raumenis, vieną kartą)
5.	β-laktaminė alergija cefalosporinams	<i>Ciprofloxacinum</i> (geriama 500 mg, vieną kartą) ir 7 paras <i>Doxycyclinum</i> (geriama po 100 mg, du kartus per parą)	
6.	Alergija chinolonams ir cefalosporinams		<i>Spectinomycinum</i> (2 g, leidžiama į raumenis, vieną kartą)
7.	Sergančiojo lytinių partnerių gydymas	<i>Ciprofloxacinum</i> (geriama 500 mg, vieną kartą per parą) ir 7 paras <i>Doxycyclinum</i> (geriama po 100 mg, du kartus per parą)	<i>Ceftriaxonum</i> (250 mg, leidžiama į raumenis, vieną kartą) arba <i>Cefixime</i> (geriama 400 mg, vieną kartą) arba <i>Ofloxacinum</i> (geriama 400 mg, vieną kartą) ir 7 paras <i>Doxycyclinum</i> (geriama po 100 mg du kartus per parą)

* Kompensuojama asmenims iki 25 m. amžiaus.

** Vaikai ir paaugliai, sveriantys daugiau kaip 45 kg, gydomi kaip suaugusieji.

IV. GYDYMO REZULTATAI IR PAKARTOTINIS TYRIMAS

11. Jei baigus gydymą ir atlikus klinikinės medžiagos laboratorinius tyrimus neaptinkamas ligos sukėlėjas (žr. 7 punktą) ir pacientas nesiskundžia, gydymas yra sėkmingas, pacientas sveikas.

12. Pakartotinis tyrimas baigus gydymą gali būti atliekamas:

12.1. jei yra medicininių indikacijų;

12.2. paciento pageidavimu.

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2004 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-367

SIFILIO DIAGNOSTIKOS IR AMBULATORINIO GYDYMO, KOMPENSUOJAMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, METODIKA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Sifilis – užkrečiamoji liga, kurios sukėlėjas yra *Treponema pallidum* (toliau – *T. pallidum*). Užsikrėsti galima lytinių santykių metu, per kraują ir buityje, motina gali perduoti vaisiui. Skiriamos kelios ligos stadijos su latentiniais periodais.

2. Sifilį diagnozuoja ir gydo dermatovenerologai.

3. Sifilį įtarti ir tęsti gydymą, vadovaudamiesi specialistų rekomendacijomis ir Medicinos norma (toliau – MN) 14:1999, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gruodžio 16 d. įsakymu Nr. 553 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 1999, Nr. [109-3196](#)), gali bendrosios praktikos gydytojai. Tai gali daryti ir akušeriai-ginekologai, vadovaudamiesi MN 64:1999, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. sausio 18 d. įsakymu Nr. 28 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:1999 „Gydytojas akušeris-ginekologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 1999, Nr. [10-227](#)), ir kiti gydytojai, vadovaudamiesi savo specialybės medicinos normos reikalavimais.

4. Privalomoji sergančiųjų lytinių partnerių epidemiologinė priežiūra atliekama vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 25 d. įsakymu Nr. V-117 „Dėl lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros tvarkos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose“ (Žin., 2003, Nr. [27-1105](#)) ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-276 „Dėl Visuomenei pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. [50-2244](#)).

5. Pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. spalio 28 d. įsakymu Nr. 542 „Dėl 10-os redakcijos Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos įvedimo“ (Žin., 2001, Nr. [50-1758](#)), skiriama (1 lentelė):

1 lentelė

Nr.	Kodas	Pavadinimas
1	A50	Įgimtas sifilis
2	A50.0	Ankstyvasis simptominis įgimtas sifilis
3	A50.1	Ankstyvasis latentinis įgimtas sifilis
4	A50.2	Ankstyvasis įgimtas sifilis, nepatikslintas
5	A50.3	Vėlyvoji įgimta sifilinė okulopatija
6	A50.4	Vėlyvasis įgimtas neurosifilis [juvenilinis neurosifilis]
7	A50.5	Kitas vėlyvasis įgimtas simptominis sifilis
8	A50.6	Vėlyvasis įgimtas latentinis sifilis
9	A50.7	Vėlyvasis įgimtas sifilis, nepatikslintas
10	A50.9	Įgimtas sifilis, nepatikslintas
11	A51	Ankstyvasis sifilis
12	A51.0	Pirminis lytinių organų sifilis
13	A51.1	Pirminis išanginis (analinis) sifilis
14	A51.2	Kitų lokalizacijų pirminis sifilis
15	A51.3	Antrinis odos ir gleivinės sifilis
16	A51.4	Kitos antrinio sifilio formos
17	A51.5	Ankstyvasis latentinis sifilis

18	A51.9	Ankstyvas sifilis, nepatikslintas
19	A52	Vėlyvasis sifilis
20	A52.0	Kardiovaskulinės sistemos sifilis
21	A52.1	Simptominis neurosifilis
22	A52.2	Besimptominis neurosifilis
23	A52.3	Neurosifilis, nepatikslintas
24	A52.7	Kitas simptominis vėlyvasis sifilis
25	A52.8	Vėlyvasis latentinis sifilis
26	A52.9	Vėlyvasis sifilis, nepatikslintas
27	A53	Sifilis kitų ir nepatikslintų formų
28	A53.0	Latentinis sifilis, nevadinamas ankstyvučiu ar vėlyvučiu
29	A53.9	Sifilis, nepatikslintas
30	A65	Nevennerinis sifilis
31	I98.0	Kardiovaskulinis sifilis
32	K67.2	Sifilitinis peritonitas (A52.7+)
33	M03.1	Poinfekcinė artropatija sergant sifiliu
34	M73.1	Sifilinis bursitas (A52.7ž)
35	N29.0	Vėlyvasis inksto sifilis (A52.7+)
36	N74.2	Sifilinis moters dubens organų uždegimas (A51.4+, A52.7+)
37	O98.1	Sifilis, komplikuojantis nėštumą, gimdymą ir pogimdyminį laikotarpį
38	R76.2	Klaidingai teigiamas sifilio serologinis mėginys

II. DIAGNOSTIKOS KRITERIJAI

7. Sifilio diagnozė nustatoma remiantis:

- 7.1. klinika;
- 7.2. laboratorine diagnostika;
- 7.3. epidemiologiniais duomenimis.

8. Klinika:

8.1. Pirminiam sifiliui būdingas kietasis šankeris (venerinė opa) ir sritinis limfomazgių ar limfagyslių uždegimas.

8.2. Antriniam sifiliui – sifilidai odoje ar gleivinėse, sifilinė leukoderma, alopecija ir kiti simptomai.

8.3. Latentinis sifilis specifinių požymių neturi, nustatomi tik serologiniai pokyčiai.

8.4. Trečiam sifiliui būdingi gumos ir vidaus organų pažeidimai.

8.5. Neurosifilis galimas kiekvienos stadijos metu.

9. Laboratoriniai tyrimai:

9.1. Tiesioginis sukėlėjo *T. pallidum* aptikimas pirminio ar antrinio sifilido sekrete ar limfomazgio punkte, atliekant:

9.1.1. mikroskopiją tamsiame regėjimo lauke;

9.1.2. tiesioginę imunofluorescenciją (TIF).

9.2. Atliekant serologinę diagnostiką remiamasi treponeminių ir netreponeminių testų rezultatais:

9.2.1. specifinių (treponeminių) tyrimų (su *T. pallidum* antigenų):

9.2.1.1. TPHA (angl. *T. pallidum haemagglutination assay*) reakcija;

9.2.1.2. FTA-ABS (angl. *fluorescent treponemal antibody absorption*) reakcija;

9.2.2. nespecifiniai (netreponeminių) tyrimai:

9.2.2.1. RPR (angl. *Rapid Plasma Reagin*) titras;

9.2.2.2. VDRL (angl. *Venereal Disease Research Laboratory*).

10. Kiti tyrimai, jei reikia:

10.1. nugaros smegenų skysčio (likvoro) tyrimas stacionare (VDRL, limfocitų skaičius, baltymų kiekis);

10.2. krūtinės ląstos, kaulų, galvos ir kitų organų radiologinės diagnostikos tyrimai;

10.3. neurologo, oftalmologo, kardiologo, otorinolaringologo konsultacijos.

11. Gydytojas, diagnozavęs sifilį, privalo informuoti pacientą, kad būtina išsitiirti dėl kitų lytiškai plintančių infekcijų.

III. GYDYMAS

12. Ambulatorinio gydymo schemos:

2 lentelė

Eil. Nr.	Ligos stadija	Vaistas	Vaisto dozė, skyrimo būdai, gydymo trukmė
1.	Ankstyvasis (pirminis, antrinis, latentinis), trunkantis iki 2 metų	Benzathini benzylpenicillinum	2,4 mln. VV leidžiama į raumenis, dviejose skirtingose vietose, 1 ir 8 gydymo dieną
		<i>Procaini benzylpenicillinum</i> *	600 000 VV – 1 mln. VV leidžiama į raumenis, 1 kartą per parą, 10–14 parų
1.1.	Jei pacientas alergiškas penicilinui:	<i>Doxycyclinum</i>	100 mg dozė geriama du kartus per parą, 14–21 parą.
		<i>Erythromycinum</i>	500 mg dozė geriama 4 kartus per parą, 14–21 parą
		<i>Tetracyclinum</i>	500 mg dozė geriama 4 kartus per parą, 14–21 parą
		<i>Ceftriaxonum</i> *	250-500 mg leidžiama į raumenis, vieną kartą per parą, 10–14 parų
2.	Vėlyvasis latentinis, trunkantis daugiau kaip 2 metus, ar ligos trukmė nežinoma	Benzathini benzylpenicillinum	2,4 mln. VV leidžiama į raumenis, dviejose skirtingose vietose, 1, 8 ir 15 gydymo dieną
		<i>Procaini benzylpenicillinum</i> *	600 000 VV – 1,2 mln. VV leidžiama į raumenis, 1 kartą per parą, 14–21 parą
2.1.	Jei pacientas alergiškas penicilinui:	<i>Doxycyclinum</i>	100 mg dozė geriama du kartus per parą, 21 – 28 paras
		<i>Ceftriaxonum</i> *	250–500 mg leidžiama į raumenis, vieną kartą per parą, 14-21 paras
		<i>Tetracyclinum</i>	500 mg dozė geriama 4 kartus per parą, 28 paras
		<i>Erythromycinum</i>	500 mg dozė geriama 4 kartus per parą, 28 paras
3.	Ansktyvuojų sifilių sergančios nėščios moterys, jei nėštumo eiga nekomplikuota	<i>Procaini benzylpenicillinum</i> *	600 000 VV – 1,2 mln. VV leidžiama į raumenis 1 kartą per parą, 10-14 parų
3.1.	Jeif pacientas alergiškas penicilinui:	<i>Ceftriaxonum</i> *	250-500 mg leidžiama į raumenis 1 kartą per parą, 10-21 paras
4.	Lytinių partnerių gydymas (jei nuo paskutinių lytinių santykių su sergančiuoju praėjo ne daugiau kaip 4 mėnesiai ir TPHA reakcija neigiama)	<i>Benzathini benzylpenicillinum</i>	2,4 mln. VV leidžiama į raumenis, dviejose skirtingose vietose, vieną kartą

* Nekompensuojamieji vaistai

13. Gydymo efektyvumas ir stebėjimas baigus gydymą:

3 lentelė

Eil. Nr.	Ligos stadija	Tyrimai	Atlikimo intervalai (mėnesiais)
1.	Ankstyvasis (pirminis, antrinis, latentinis (trunkantys iki 2 metų), ankstyvasis įgimtas sifilis)	Klinikinis tyrimas, RPR titras*	1, 3, 6, 12
2.	Vėlyvasis latentinis (trunkantis daugiau kaip 2 metus)	Klinikinis tyrimas, RPR titras*, specialistų konsultacijos	1, 3, 6, 12, 18, 24

3.	Neurosifilis	Klinikinis tyrimas, RPR titras*, specialistų konsultacijos	1, 3, 6, 12, 18
		Nugaros smegenų skysčio tyrimas	1 kartą per metus, kartoti, jei yra indikacijų
4.	Sergantiems sifiliu ir užkrėstiems ŽIV	Klinikinis tyrimas, RPR titras**	1, 3, 6, 12, 18, 24

* Gydomas efektyvus, jei praėjus 6 mėnesiams nuo gydymo pabaigos RPR titras sumažėja ne mažiau kaip 4 kartus.

** Gydomas efektyvus, jei praėjus 1 metams nuo užsikrėtusiųjų ŽIV gydymo pabaigos RPR titras sumažėja ne mažiau kaip 4 kartus.
