

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н профессор Тихонова Е.П
Руководитель: к.м.н, доцент Кузьмина Т.Ю

*Проверено
зав. к.м.н. Т.Ю. - Кузьмина
Т.Ю. -*

РЕФЕРАТ

Тема: Сифилис

Выполнила :
ординатор 2 года
Миниханова В.А

Красноярск 2022

Определение

Сифилис — хроническое инфекционное заболевание, вызванное бледной трепонемой (*Treponema pallidum*), которое характеризуется специфическим системным поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. Передаётся преимущественно половым путём. Активное течение заболевания чередуется с латентными периодами.

Этиология и патогенез

Причиной заболевания является инфицирование бледной трепонемой (*Treponema pallidum*) — небольшим микроорганизмом спиралевидной формы, который в естественных условиях способен существовать и размножаться только в организме человека. Бледная трепонема практически мгновенно погибает во внешней среде вследствие высыхания, легко разрушается при кипячении и воздействии антисептиков и этилового спирта. Помимо типичной спиралевидной формы существует в виде цист и L-форм, в которые она реорганизуется для выживания в неблагоприятной для неё среде.

Эпидемиология

Инфекция передаётся половым путём (в т. ч. через оральные и анальные половые контакты), трансплацентарно (через плаценту), трансфузионно (при переливании крови) и редко — контактно-бытовым путём. Описаны случаи, когда к заражению сифилисом приводили укусы, поцелуи, вагинально-пальцевый контакт [3][4]. Дети могут заражаться сифилисом при тесном бытовом контакте при наличии заболевания у взрослых членов семьи [6]. К контактно-бытовому способу заражения относят и профессиональный — инфицирование сифилисом преимущественно медицинского персонала при выполнении диагностических или лечебных процедур.

Условия, при которых происходит заражение:

1. Наличие биологической жидкости, содержащей живые трепонемы — крови, лимфы, слюны, спермы, грудного молока. Считается, что для заражения достаточно попадания в организм 500-1000 микроорганизмов [7].
2. Наличие повреждённых кожных и слизистых оболочек или прямое попадание возбудителя в кровь.
3. Состояние клеточного и гуморального иммунитета.

Клиника

После внедрения спирохеты наступает инкубационный период — промежуток времени между первичным инфицированием и появлением первых симптомов. Инкубационный период продолжается от 9 до 90 дней (в среднем 21 день).

Первичный сифилис- начинается с того момента, когда в месте внедрения бледных спирохет появляется первичная сифилома — твёрдый шанкр.

Твёрдый шанкр – это одиночная, округлой формы эрозия или язва, имеющая чёткие, ровные края и блестящее синюшно – красное дно, безболезненная и невоспаленная. Шанкр не увеличивается в размерах, имеет скудное серозное содержимое или покрыт пленкой, корочкой, в основании его ощущается плотный безболезненный инфильтрат. Твёрдый шанкр не поддается местной антисептической терапии.

Шанкр может находиться на любом участке кожи и слизистых (анальная область, ротовая полость – губы, уголки рта, миндалины; молочная железа низ живота, пальцы рук), но чаще всего располагается на половых органах. Обычно у мужчин – на головке, крайней плоти и стволе полового члена, внутри уретры; у женщин – на половых губах, промежности, влагалище, шейке матки. Размеры шанкра около 1 см, но могут быть карликовые – с маковое зерно и гигантские ($d = 4-5$ см). Шанкры могут быть множественными, в случае многочисленных мелких повреждений кожи и слизистых на момент заражения, иногда биполярными (на половом члене и губах). При появлении шанкра на миндалинах – возникает состояние, напоминающее ангину, при которой не повышается температура, и горло почти не болит. Безболезненность шанкра позволяет больным не замечать его, и не придавать никакого значения. Болезненностью отличаются щелевидный шанкр в складке анального отверстия, и шанкр – панариций на ногтевой фаланге пальцев руки. В период первичного сифилиса могут наблюдаться осложнения (баланит, гангренизация, фимоз) в результате присоединения вторичной инфекции. Неосложненный шанкр в зависимости от размера заживает через 1,5 – 2 месяца, иногда до появления признаков вторичного сифилиса.

Через 5-7 дней после возникновения твёрдого шанкра развивается неравномерное увеличение и уплотнение ближайших к нему лимфоузлов (чаще паховых). Может быть односторонним и двусторонним, узлы при этом не воспалены, безболезненны, имеют овоидную форму и могут достигать размера куриного яйца. Ближе к концу периода первичного сифилиса развивается специфический полиаденит – увеличение большинства подкожных лимфатических узлов. У больных может ощущаться недомогание, головная боль, бессонница, повышение температуры, артралгии, мышечные боли, невротические и депрессивные расстройства. Это связывают с сифилитической септициемией – распространением возбудителя сифилиса по кровеносной и лимфатической системе из очага поражения по всему организму. В отдельных случаях этот процесс протекает без лихорадки и недомогания, и переход от первичной стадии сифилиса к вторичной больной не замечает.

Вторичный сифилис

Вторичный сифилис начинается через 2—4 месяца после инфицирования и может длиться от 2 до 5 лет. Характеризуется генерализацией инфекции. На этой стадии поражаются все системы и органы больного: суставы, кости, нервная система, органы кроветворения, пищеварения, зрения, слуха. Клиническим симптомом вторичного сифилиса являются — высыпания на коже и слизистых, которые носят повсеместный характер (вторичные сифилиды). Высыпания могут сопровождаться ломотой в теле, головной болью, лихорадкой и напоминать простуду.

Высыпания проявляются приступообразно: продлившись 1,5 — 2 месяца, без лечения исчезают (вторичный латентный сифилис), затем появляются снова. Первое высыпание характеризуется обильностью и яркостью окраски (вторичный свежий сифилис), последующие повторные высыпания — бледнее окрашены, менее обильные, но крупнее размерами и склонны к слиянию (вторичный рецидивный сифилис). Частота рецидивов и длительность латентных периодов вторичного сифилиса бывают различными и зависят от иммунологических реакций организма в ответ на размножение бледных спирохет.

Сифилиды вторичного периода исчезают без рубцов и имеют разнообразие форм — розеола, папулы, пустулы.

Сифилитические розеола представляют собой мелкие округлые пятна розового (бледно-розового) цвета, не поднимающиеся над поверхностью кожи и эпителия слизистых, которые не шелушатся и не вызывают зуд, при надавливании на них бледнеют и ненадолго исчезают. Розеолезная сыпь при вторичном сифилисе наблюдается у 75-80% больных. Образование розеола вызвано нарушениями в кровеносных сосудах, располагаются они по всему телу, в основном на туловище и конечностях, в области лица — чаще всего на лбу.

Папулезная сыпь представляет собой округлые узелковые образования, выступающие над поверхностью кожи, ярко-розового цвета с синюшным оттенком. Папулы располагаются на туловище, не вызывают никаких субъективных ощущений. Однако при надавливании на них пуговчатым зондом, появляется острая боль. При сифилисе высыпание папул с жирными чешуйками по краю лба образует, так называемую, «корону Венеры».

Сифилитические папулы могут разрастаться, сливаться друг с другом и образовывать бляшки, мокнуть. Особенно заразны мокнущие эрозивные папулы, и сифилис в этой стадии легко может передаваться не только при половых контактах, но и при рукопожатиях, поцелуях, пользовании общими предметами обихода. Пустулезные (гнойничковые) высыпания при сифилисе похожи на угревую или ветряную сыпь, покрыты коркой или чешуйками. Обычно возникают у больных с пониженным иммунитетом.

Злокачественное течение сифилиса может развиваться у ослабленных пациентов, а также у наркоманов, алкоголиков, ВИЧ-инфицированных. Для злокачественного сифилиса характерно изъязвление папуло-пустулезных сифилидов, непрерывные рецидивы, нарушение общего состояния, лихорадка, интоксикация, снижение массы тела.

У больных вторичным сифилисом может возникать сифилитическая (эритематозная) ангина (резко выраженное покраснение миндалин, с белёсыми пятнами, не сопровождающееся недомоганием и лихорадкой), сифилитические заеды в уголках губ, сифилис полости рта. Наблюдается общее легкое недомогание, которое может напоминать симптомы обычной простуды. Характерным для вторичного сифилиса является генерализованный лимфаденит без признаков воспаления и болезненности.

В период вторичного сифилиса возникают нарушения в пигментации кожи (лейкодерма) и выпадение волос (алопеция). Сифилитическая лейкодерма проявляется в потере пигментации различных участков кожи на шее, груди, животе, спине, пояснице, в области подмышек. На шее, чаще у женщин, может появляться «ожерелье Венеры», состоящее из мелких (3-10 мм) обесцвеченных пятен, окружённых более тёмными участками кожи. Оно может существовать без изменения длительно (несколько месяцев и даже лет), несмотря на проводимое противосифилитическое лечение. Развитие лейкодермы связывают с сифилитическим поражением нервной системы, при обследовании наблюдаются патологические изменения в спинномозговой жидкости.

Выпадение волос не сопровождается зудом, шелушением, по своему характеру бывает:

- диффузное - выпадение волос типично для обычного облысения, происходит на волосистой части головы, в височной и теменной области;
- мелкоочаговое - яркий симптом сифилиса, выпадение или поредение волос мелкими очагами, расположенными беспорядочно, на голове, ресницах, бровях, усах и бороде;
- смешанное - встречается и диффузное, и мелкоочаговое.

При своевременно проведённом лечении сифилиса волосяной покров полностью восстанавливается.

При поражении сифилисом голосовых связок появляется осиплость голоса.

Кожные проявления вторичного сифилиса сопровождают поражения ЦНС, костей и суставов, внутренних органов.

Третичный сифилис

Если больной сифилисом не лечился или лечение было неполноценным, то через несколько лет после заражения у него появляются симптомы третичного сифилиса. Происходят серьезные нарушения органов и систем, внешность больного обезображивается, он становится инвалидом, в тяжелых случаях вероятен летальный исход. В последнее время частота развития третичного сифилиса уменьшилась в связи с лечением его пенициллином, редкими стали тяжелые формы инвалидизации.

Выделяют третичный активный (при наличии проявлений) и третичный латентный сифилис. Проявлениями третичного сифилиса являются немногочисленные инфильтраты (бугорки и гуммы), склонные к распаду, и деструктивные изменения в органах и тканях. Инфильтраты на коже и слизистых развиваются без изменения общего состояния больных, они содержат очень мало бледных спирохет и практически не заразны.

Бугорки и гуммы на слизистых мягкого и твердого нёба, гортани, носа изъязвляясь, приводят к расстройству глотания, речи, дыхания, (перфорации твердого нёба, «провал» носа). Гуммозные сифилиды, распространяясь на кости и суставы, кровеносные сосуды, внутренние органы вызывают кровотечения, перфорации, рубцовые деформации, нарушают их функции, что может привести к смертельному исходу.

Все стадии сифилиса вызывают многочисленные прогрессирующие поражения внутренних органов и нервной системы, наиболее тяжёлая форма их развивается при третичном (позднем) сифилисе:

- нейросифилис (менингит, менингovasкулит, сифилитические невриты, невралгии, парезы, эпилептические припадки, спинная сухотка и прогрессивный паралич);
- сифилитический остеоperiостит, остеоартрит, синовит;
- сифилитический миокардит, аортит;
- сифилитический гепатит;
- сифилитический гастрит;
- сифилитический нефрит, нефронекроз;
- сифилитическое поражение глаз, слепота и т. д.

Классификация и стадии развития сифилиса

Согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) существуют следующие виды сифилиса [23]:

1. Ранний врождённый сифилис:
 - ранний врождённый сифилис с симптомами;
 - ранний врождённый сифилис скрытый;
 - ранний врождённый сифилис неуточнённый;
2. Поздний врождённый сифилис:
 - позднее врождённое сифилитическое поражение глаз;
 - поздний врождённый нейросифилис (ювенильный нейросифилис);
 - другие формы позднего врождённого сифилиса с симптомами;
 - поздний врождённый сифилис скрытый;
 - поздний врождённый сифилис неуточнённый;
3. Врождённый сифилис неуточнённый;
4. Ранний сифилис:
 - первичный сифилис половых органов;
 - первичный сифилис анальной области;
 - первичный сифилис других локализаций;
 - вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек;
 - другие формы вторичного сифилиса;
 - ранний сифилис скрытый;
 - ранний сифилис неуточнённый;
5. Поздний сифилис:
 - сифилис сердечно-сосудистой системы;
 - нейросифилис с симптомами;
 - асимптомный нейросифилис;
 - нейросифилис неуточнённый;
 - гумма (сифилитическая);
 - другие симптомы позднего сифилиса;
 - сифилис поздний или третичный;
 - поздний сифилис скрытый;
 - поздний сифилис неуточнённый;
6. Другие и неуточнённые формы сифилиса:
 - скрытый сифилис, неуточнённый как ранний или поздний;
 - положительная серологическая реакция на сифилис;
 - сифилис неуточнённый.

Диагностика

К врачу необходимо обратиться при появлении первых симптомов сифилиса — язвы и сыпь на половых органах. Также посетить доктора

следует, если сифилис обнаружен у вашего сексуального партнёра или человека, с которым был тесный бытовой контакт.

Подготовка к посещению врача

Кровь на наличие антител нужно сдавать натощак. Эрозии и язвы не следует обрабатывать антисептиками в течение суток до посещения доктора.

Для диагностики сифилиса применяются микроскопические, молекулярные, иммуногистохимические, серологические и инструментальные методы.

Материал для исследования:

- отделяемое из эрозий, язв, эрозированных папул и пузырей;
- лимфа, полученная путём пункции лимфатических узлов;
- сыворотка крови;
- спинномозговая жидкость (ликвор), полученная путём пункции спинного мозга;
- ткани плаценты и пуповины.

Показания для обследования:

- клинические признаки сифилиса;
- любые язвы и эрозии в области половых органов;
- половой контакт с больным сифилисом и тесный бытовой контакт с больным вторичным сифилисом;
- рождение от больной сифилисом матери;
- любые половые инфекции;
- беременность;
- донорство крови и органов;
- профессиональная деятельность (работники питания, образования, здравоохранения, военнослужащие) [24];
- административный надзор (заключённые, иммигранты);
- госпитализация в стационар и (или) предстоящее оперативное хирургическое вмешательство.

Микроскопические методы используются для диагностики ранних форм и врождённого сифилиса с клиническими проявлениями [23].

Применяется два метода:

1. Исследование в тёмном поле определяет живую трепонему в отделяемом эрозий и язв и отдифференцирует её от других трепонем.
2. Метод серебрения по Морозову — позволяет идентифицировать трепонему в биоптатах тканей и лимфе.

Молекулярные методы основаны на выявлении специфической ДНК и РНК возбудителя молекулярно-биологическими методами (ПЦР, NASBA) с использованием тест-систем, разрешённых к медицинскому применению в Российской Федерации [22].

Серологические методы диагностики направлены на выявление антител, вырабатываемых организмом к антигенам бледной

трепонемы [23]. Существуют нетрепонемные и трепонемные тесты. К нетрепонемным относятся:

- РСКк — реакция связывания комплемента с кардиолипидным антигеном (реакция Вассермана).
- РМП (МРП) — реакция микропреципитации крови с кардиолипидным антигеном.
- RPR (Rapid Plasma Reagins) — неспецифический антифосфолипидный (реагиновый) тест др.

Трепонемные тесты:

- РСКт — реакция связывания комплемента (реакция Вассермана) с трепонемным антигеном.
- РПГА — реакция пассивной гемагглютинации.
- ИФА — иммуноферментный анализ и др.

Лечение

Можно ли вылечить сифилис

Сифилис можно вылечить антибиотиками, правильно подобранными лечащим врачом. Однако в запущенных случаях лечение может не исправить того вреда, который уже нанесла инфекция.

Что такое превентивное лечение

Превентивное, или предупредительное, лечение проводят лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более двух месяцев.

Предупредительное лечение врождённого сифилиса проводят:

- беременным женщинам, лечившимся от сифилиса до беременности, если нетрепонемные серологические тесты положительные;
- беременным, лечившимся от сифилиса во время беременности;
- новорождённым, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной во время беременности матери [28].

Лечение антибиотиками

В лечении сифилиса применяют бензилпенициллин и его производные. Если выявлена непереносимость препарата, назначаются альтернативные: полусинтетические пенициллины

(ампициллин, оксациллин), эритромицин, доксациклин и цефтриаксон [18].

Специфическое лечение направлено на элиминацию (выведение) возбудителя заболевания и назначается всем больным с клиническими и скрытыми формами инфекции.

Превентивное лечение заключается в назначении препаратов больным, которые имели сексуальный или тесный бытовой контакт с больным

ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более двух месяцев.

Дополнительное лечение назначается лицам с серорезистентностью после адекватного лечения.

Прогноз

Если начать лечение сифилиса своевременно, то прогноз будет благоприятен.

Литература

1. *Report on global sexually transmitted infection surveillance // WHO. — 2018.*
2. Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А., Богданова Е.В. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, 2013-2015 гг. // *Вестн дерматол венерол.* — 2016; 3: 12-28.
3. Yu M., Lee H.R., Han Ty., Lee J.H., Son S.J. A solitary erosive patch on the left nipple. Extragenital syphilitic chancres // *Int J Dermatol.* — 2012; 51(1): 27-28.
4. Yu X., Zheng H. Syphilitic Chancre of the Lips Transmitted by Kissing: A Case Report and Review of the Literature // *Medicine (Baltimore).* — 2016; 95(14).
5. Context appropriate interventions to prevent syphilis: a narrative review / Thomas A. Peterman, Susan Cha // *Sex Transm Dis.* — 2018; 45(9): S65-S71.

6. Long F.Q., Wang Q.Q., Jiang J., Zhang J.P., Shang S.X. *Acquired secondary syphilis in preschool children by nonsexual close contact // Sex Transm Dis.* — 2012; 39(8): 588-590.
7. Диагностика сифилиса. Информационные материалы / Нижегородская государственная медицинская академия. — Нижний Новгород, 2007. — 44 с.
8. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1024 с.
9. Kalasapura R.R., Yadav D.K., Jain S.K. *Multiple primary penile chancre: A re-emphasize // Indian J Sex Transm Dis.* — 2014; 35(1): 71-73.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования « Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии \

РЕЦЕНЗИЯ

КМН, доцента кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом
ПО

Кузьминой Татьяны Юрьевны

На реферат ординатора 2-го года обучения специальности «инфекционные
болезни»

Минихановой Владлены Александровны

по теме « Сифилис »

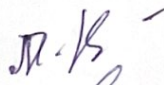
Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата по теме	соответствует
4. Владение терминологией	владеет
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	мелко раскрыта
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные	+

положения и выводы	+
8.Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+
10. Актуальность	актуальна

Итоговая оценка: положительная/ отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 12.12.2022

Подпись рецензента: 

Подпись ординатора: 