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

Кафедра дерматовенерологии имени профессора В.И.Прохоренкова с курсом косметологии и ПО

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент Карачева Ю. В

Реферат по теме :Первичный сифилис.

 Выполнила:ординатор 2 года ФИО:Уманская Лея Аркальевна

Красноярск, 2024г.

Содержание

1.Определение ……..…………………..…………………….…………….......3

2.Этиология и патогенез …………….………………………………………...4

3.Клиническая картина …………….……………………………………….....6

4.Диагностика……………………….………………………………………….8

5.Лечение ……………………………………………………….…..…………11

6.Профилактика ………………...........………………………………….........13

7.Список литературы…………………………………………........................14

1**.Определение**

Сифилис – инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (Treponema pallidum), передающееся преимущественно половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата и отличающееся стадийным, рецидивирующим, прогрессирующим течением.

**2.Этиология и патогенез**

Возбудитель сифилиса относится к порядку Spirochaetales, семейству Spirochaetaeceae, роду Treponema, виду Treponema pallidum, подвиду pallidum (син. Spirochaeta pallidum). Treponema pallidum – спиралевидный микроорганизм, плохо окрашивается анилиновыми красителями из-за большого количества гидрофобных компонентов в цитоплазме. Не культивируется на искусственных питательных средах. Вне организма неустойчива, гибнет при нагревании, высушивании, под влиянием большинства антисептиков, в кислой и щелочной среде. Устойчива при низких температурах, во влажной среде. Кроме спириллярной, микроорганизм также может существовать в виде цист, L-форм и полимембранных фагосом. Циста является формой выживания бледной трепонемы в неблагоприятных условиях среды, рассматривается как стадия покоя T. рallidum и обладает антигенной активностью. L-форма является способом выживания бледной трепонемы, обладает слабой антигенной активностью. Полимембранные фагосомы – результат незавершенного фагоцитоза T. рallidum. Инцистирование, Lтрансформация и незавершенный фагоцитоз – причина длительной бессимптомной персистенции T. pallidum,. Реверсия трепонем из форм выживания в патогенную спиралевидную форму – причина рецидивов сифилиса Патогенез сифилиса характеризуется следующим:

Инкубационный период начинается с внедрения возбудителя сифилиса через поврежденную кожу или слизистую оболочку и заканчивается появлением первичного аффекта. В среднем продолжительность инкубационного периода составляет от 2 недель до 2 месяцев, этот период может сократиться до 8 дней или, наоборот, удлиниться до 190 дней. Сокращение инкубационного периода наблюдается при реинфекции и при внедрении возбудителя сифилиса в организм из нескольких входных ворот, что ускоряет генерализацию инфекции и развитие иммунных изменений в организме. Удлинение инкубационного периода наблюдается в результате применения небольших доз трепонемоцидных антибактериальных препаратов по поводу интеркуррентных заболеваний. В месте инокуляции начинается интенсивное размножение T. pallidum, особенности локальной реакции тканей на трепонему определяют клинические характеристики сифилидов. В течение нескольких минут T. pallidum может внедряться в кровоток, а затем прикрепляется к клеткам хозяина, в том числе эпителиальным, фибробластным и эндотелиальным. Происходит быстрое распространение по лифматическим и кровеносным сосудам, проникновение через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры, что определяет способность T. pallidum к диссеминации и приводит к распространению инфекции в различные ткани и органы человека - отдаленным от первичного аффекта проявлениям сифилиса. При сифилисе развивается инфекционный (нестерильный) иммунитет, обусловленный присутствием в организме Тreponema pallidum, и исчезающий вскоре после ее элиминации в результате лечения. В связи с этим после микробиологического излечения сифилиса возможно повторное заражение – реинфекция. Взаимодействие возбудителя и факторов иммунной защиты организма больного определяет стадийное, волнообразное течение сифилитической инфекции с чередованием периодов манифестации и периодов скрытого состояния, а также прогредиентность заболевания – постепенное изменение клинической и патоморфологической картины в сторону все более неблагоприятно протекающих проявлений; Совокупность вирулентных свойств возбудителя и особенностей реакции иммунной системы на его внедрение обусловливает многообразие клинических проявлений и хроническое рецидивирующее течение заболевания.

**3.Клиническая картина**

Из анамнестических данных следует принимать во внимание указание на наличие высыпаний на коже и слизистых оболочках, увеличение лимфатических узлов и т.д. в определенный момент времени в прошлом; возможность заражения сифилисом в определенный период (наличие источника заражения); серологическое обследование на сифилис в прошлом; указание на лечение сифилиса в прошлом; указание на прием антибиотиков в прошлом; информацию о перенесенных в прошлом заболеваниях, диспансерном наблюдении у специалистов другого профиля, результаты специальных исследований и консультаций смежных специалистов, если они проводились. У женщин учитывают наличие воспалительных процессов репродуктивных органов, а также число и исход предыдущих беременностей.

 Инкубационный период В среднем продолжительность инкубационного периода составляет от 2 недель до 2 месяцев, этот период может сократиться до 8 дней или, наоборот, удлиниться до 190 дней, клинических проявлений нет. По окончании инкубационного периода наступает первичный сифилис.

Первичный сифилис. В месте внедрения бледных трепонем развивается первичный аффект (твердый шанкр) – эрозия или язва диаметром от 2-3 мм (карликовый шанкр) до 1,5-2 см и более (гигантский шанкр), круглых очертаний, с ровными краями, гладким, блестящим дном розового или красного, иногда серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы (язва), со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации, имеющая в основании плотноэластический инфильтрат. По локализации различают генитальные, перигенитальные, экстрагенитальные и биполярные первичные аффекты. Шанкры могут быть единичными и множественными, типичными (эрозивными, язвенными) и атипичными. К атипичным шанкрам относят: шанкр-амигдалит (одностороннее увеличение и уплотнение небной миндалины), шанкр-панариций (болезненная язва на отечной концевой фаланге пальца), индуративный отек (одностороннее увеличение половой губы у женщин или отечность крайней плоти у мужчин). Первичный аффект сопровождается односторонним или двусторонним регионарным лимфаденитом, реже лимфангитом. Увеличенные лимфоузлы безболезненны, плотноэластической консистенции. При присоединении вторичной инфекции развиваются осложнения первичного аффекта: импетигинизация, баланопостит, вульвовагинит, фимоз, парафимоз, гангренизация и фагеденизм. Продолжительность первичного периода сифилиса в среднем 6-7 недель. В конце первичного периода появляется полиаденит и общеинфекционная симптоматика . Жалобы и анамнез Пациенты могут не предъявлять жалоб, либо жаловаться на наличие высыпаний на коже и слизистых оболочках, увеличение регионарных лимфатических узлов. К концу первичного периода могут появляться жалобы на общее недомогание, повышение температуры, ночные боли в костях, суставах, мышцах. Клинические признаки при физикальном обследовании. Клинические признаки твердого шанкра генитальной, перигенитальной или экстрагенитальной локализации. Оценивают вид, форму, локализацию твердого шанкра, а также наличие вторичной инфекции. При пальпации определяется плотноэластический инфильтрат в основании язвы, пальпация безболезненна. Клинические признаки лифаденита и/или лимфангита при пальпации региональных лимфатических узлов, пальпация безболезненна.

**4.Диагностика**

Абсолютным доказательством наличия заболевания является обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных из очагов поражений, с помощью микроскопии в темном поле зрения или прямой иммунофлюоресценции, а также выявление специфической ДНК и РНК возбудителя методом полимеразной цепной реакции с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

Лабораторные диагностические исследования

 Для лабораторной диагностики сифилиса применяются прямые и непрямые методы. Прямые методы диагностики выявляют самого возбудителя или его генетический материал, что является абсолютным доказательством наличия заболевания. Прямые методы используются для диагностики ранних форм заболевания (первичный и вторичный сифилис) с клиническими появлениями (эрозивно-язвенные элементы).

Непрямые методы диагностики сифилиса - это тесты, выявляющие антитела к возбудителю сифилиса в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости, также используется термин серологические лабораторные исследования. Основными методами диагностики сифилиса является определение антител к бледной трепонеме серологическими методами исследования - нетрепонемными и трепонемными.

Для обследования пациентов с подозрением на сифилис использовать следующие нетрепонемные исследования: Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови / ликовре; тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний.

Общая характеристика нетрепонемных тестов: применяется антиген нетрепонемного происхождения (стандартизованный кардиолипиновый антиген); становятся положительными через 1-2 недели после образования первичной сифиломы; имеют невысокую чувствительность (до 70-90% при ранних формах сифилиса и до 30% – при поздних), могут давать ложноположительные результаты (3% и более). Преимущества нетрепонемных тестов: низкая стоимость; техническая простота выполнения; быстрота получения результатов. Недостатки нетрепонемных тестов: низкая чувствительность при первичном (75-80%) и позднем сифилисе (30-75%), возможность ложноположительных результатов (до 7%).

для обследования пациентов с подозрением на сифилис в зависимости от клинической ситуации использовать следующие трепонемные исследования: Определение антител к бледной трепонеме в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА); Определение антител к бледной трепонеме иммуноферментным методом (ИФА); Определение антител к Treponema pallidum методом иммуноблоттинга; Определение антител к бледной трепонеме в сыворотке крови/ликовре реакцией иммунофлюоресценции (РИФ), в том числе в модификациях РИФабс и РИФ ); Реакция иммобилизации (бледных) трепонем (РИБТ, РИТ); Иммунохемилюминесцентное исследование; Иммунохроматографическое исследование.

Общая характеристика трепонемных тестов: применяется антиген трепонемного происхождения; чувствительность – 70-100% (в зависимости от вида теста и стадии сифилиса); специфичность – 94-100%.

Краткое описание методов:

1. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) – высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность метода при первичном сифилисе – 76%, при вторичном – 100%, при скрытом – 94-97%, специфичность – 98-100%.

2. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) иммуноферментным методом (ИФА) – высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность при первичном и вторичном сифилисе – 98-100%, специфичность – 96-100%. Дает возможность дифференцированного и суммарного определения IgM и IgG антител к возбудителю сифилиса.

 3. Определение антител к Treponema pallidum методом иммуноблоттинга – является модификацией ИФА. 200 Чувствительность и специфичность – 98-100%. Может применяться для подтверждения диагноза, в особенности при сомнительных или противоречивых результатах других трепонемных тестов. Дает возможность дифференцированного и суммарного определения IgM и IgG антител к возбудителю сифилиса.

 4. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) реакцией иммунофлюоресценции (РИФ), в том числе в модификациях РИФабс и РИФ ) – тест, достаточно чувствительный на всех стадиях сифилиса. Чувствительность при первичном сифилисе – 70-100%, при вторичном и позднем – 96-100%), специфичность – 94-100%. РИФ применяется для дифференциации скрытых форм сифилиса и ложноположительных результатов исследований на сифилис.

 5. Реакция иммобилизации (бледных) трепонем (РИБТ, РИТ) – классический тест для выявления специфических трепонемных антител; чувствительность (суммарно по стадиям сифилиса) составляет 87,7%; специфичность – 100%. Трудоемкий и сложный для постановки тест, требующий значительных средств для проведения тестирования. Сфера применения РИБТ сужается, однако она сохраняет свои позиции как «реакция-арбитр» при дифференциальной диагностике скрытых форм сифилиса с ложноположительными результатами серологических реакций.

6. Метод иммунохемилюминесценции обладает высокой чувствительностью и специфичностью (98-100%), дает возможность количественного определения уровня антител к возбудителю сифилиса, может быть использован для подтверждения сифилитической инфекции и скрининга.

7. Метод иммунохроматографии - имеет чувствительность 99- 100% и специфичность 97-99,5%. Простая технологическая процедура выполнения и интерпретации результата, отсутствие необходимости сложного оборудования позволяют использовать этот метод в качестве дополнительного теста РИФ, ИФА, иммуноблоттинг становятся положительными приблизительно с 3 недели от момента заражения и ранее, РПГА – с 4 недели, РИБТ – с 7-8-й. Преимущества трепонемных тестов: высокая чувствительность и специфичность. Недостатки трепонемных тестов: не могут быть использованы для контроля эффективности терапии, изредка могут давать ложноположительный результат. 200 В зависимости от целей серологическое обследование населения на сифилис осуществляется с использованием разных методов.

**5.Лечение**

Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с пациентами с ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев. Специфическое лечение проводят с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемоцидной концентрации антимикробного препарата в крови и тканях, а при нейросифилисе – в цереброспинальной жидкости. Для лечения сифилиса применяются следующие лекарственные препараты:

1. Пенициллины: Бензатина бензилпенициллин (дюрантный); Бензатина бензилпенициллин+Бензилпенициллин прокаина (4:1) (дюрантный); Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль); Бензилпенициллин(бензилпенициллина натриевая соль); Ампициллин, Оксациллин.

2. Тетрациклины: Доксициклин.

 3. Макролиды: Эритромицин.

4. Цефалоспорины: Цефтриаксон.

 Препаратом первого выбора для лечения сифилиса является бензилпенициллин. Противопоказания к назначению препаратов пенициллинов, чувствительных к бета-лактамам (препаратов группы пенициллина): непереносимость бензилпенициллина, его пролонгированных препаратов и полусинтетических производных;

Превентивное лечение

Для проведения превентивного лечения у взрослых применять:

- Бензатина бензилпенициллин по 2,4 млн. ЕД внутримышечно однократно (препарат вводится по 1,2 млн. ЕД в каждую большую ягодичную мышцу)

-или Бензатина бензилпенициллин+Бензилпенициллин прокаина по 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 2 инъекции].

-или Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 7 суток .

При указании на непереносимость препаратов пенициллина у взрослых применять для превентивного лечения: Цефтриаксон 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно ежедневно в течение 5 сутки

- Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 10 суток

-Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 10 суток

-Оксациллин или ампициллин 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 10 суток.

Лечение сифилиса у взрослых

 Для лечения первичного сифилиса у взрослых пациентов применять:

 -Бензатина бензилпенициллин по 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции .

- или Бензатина бензилпенициллин+Бензилпенициллин прокаина по 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 5 инъекций.

- или Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 14 суток

- или Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 14 суток.

 При указании на непереносимость препаратов пенициллина у взрослых применять для лечения первичного сифилиса Цефтриаксон – 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 10 суток

- или Доксициклин 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 15 суток

- или Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 20 суток

- или Оксациллин или ампициллин 1 млн. ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 14 суток.

Препарат выбора – бензатин бензилпенициллин , как наиболее удобный в применении. Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль); бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль) при необходимости лечения пациента в стационаре (при осложненном течении заболевания, у соматически отягощенных пациентов и др.)

**6.Профилактика**

Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайного незащищенного полового контакта может быть осуществлена самостоятельно с помощью индивидуальных профилактических средств (например, бензилдиметил аммоний хлорид моногидрат.

В целях профилактики сифилиса проводить санитарно-просветительскую работу среди населения; скрининговое обследование определенных групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования, либо тех групп, в которых заболевание ведет к опасным социальным и медицинским последствиям, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением.

Следующее ведение контактных лиц с целью профилактики заражения сифилисом: лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с пациентом с ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение по одной из вышеуказанных методик. Лицам, у которых с момента контакта с пациентом с ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико-серологическое обследование. Превентивное лечение реципиента, которому перелита кровь пациента с сифилисом, проводят по одной из методик, рекомендуемых для лечения первичного сифилиса, если с момента трансфузии прошло не более 3 месяцев; если этот срок составил от 3 до 6 месяцев, то реципиент подлежит клинико-серологическому контролю дважды с интервалом в 2 месяца; если после переливания крови прошло более 6 месяцев, то проводится однократное клинико-серологическое обследование.

 **Список литературы**

1. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2017-2018 годы (статистические материалы). М., 2019. – 208 с.

2. Инфекции, передаваемые половым путем / Под ред. В.А. Аковбяна, В.И. Прохоренкова, Е.В. Соколовского // М., Медиасфера, 2007. – С. 324-337

3. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Современные стандарты диагностики сифилиса: сравнение российских и зарубежных клинических рекомендаций (сообщение I). Вестник дерматологии и венерологии, 2015; 2: 11-22.

4. Красносельских Т.В., Манашева Е.Б., Гезей М.А. Проблемы диагностики и лечения сифилиса при коинфекции вирусом иммунодефицита человека. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2018; 10 (2): 43-53.