ФГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский

университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО

им.проф. В.И. Прохоренкова

Зав.кафедрой д.м.н., доцент Карачева Юлия Викторовна

Реферат

Тема: «Сифилис»

Выполнила:

ординатор кафедры

Иванова Лилия Сергеевна

Красноярск, 2022

Один из главных ужасов человечества на протяжении веков - сифилис, получивший название "белая чума", все еще остается среди нас: 50 тысяч только зарегистрированных случаев в год плюс достаточно много незарегистрированных. Снижаясь по уровню среди гомосексуалистов, он все более широко распространяется среди гетеросексуалов. До начала эры антибиотиков сифилис сеял среди людей такую же панику, как в наши дни СПИД, и многие тогда тоже заявляли, что жертвы сифилиса платят за свое аморальное поведение - еще одна параллель с современностью. Так что же случилось с Калигулой? У историков и врачей есть, по крайней мере, одна точка соприкосновения - и те и другие любят отыскивать болезни у знаменитых людей. И вот тут-то, по их мнению, сифилис показывает свой страшный лик. Почему Бетховен и Гойя были глухими? Почему поэт Мильтон и композитор Бах ослепли? Почему композитор Шуман, римский император Калигула и король Англии Георг III сошли с ума? Конечно, из-за сифилиса! Здесь, заявляют они, не возможно ошибиться, потому что последние его стадии имеют много форм. Но это - бессмыслица! Почти до конца XIX века медицина слишком примитивно рассматривала сложные заболевания. Старинные описания пациентов с такими недугами очень забавны (в каждой крупной библиотеке есть медицинские журналы XVIII-XIX веков - почитайте и убедитесь), но далеки от истины.

Различаютврожденный и приобретенный сифилис.
Определение - антропонозное хроническое инфекционное заболевание, поражающее все органы и ткани организма человека, продолжающееся у не леченных больных многие годы. Характеризуется первичным аффектом, вторичными высыпаниями на коже и слизистых с последующим поражением различных органов и систем организма. Возбудитель - подвижный спиралевидный микроорганизм Treponema pallidum (бледная трепонема) из семейства Spirochaetaceae рода Treponema. Бледная трепонема имеет спиралевидную форму, напоминающую длинный тонкий штопор. Длина спиралевидного тела клетки колеблется от 6 до 20 мкм при диаметре 0,13-0,15 мкм. Протоплазматический цилиндр скручен в 8-12 равнозначных завитков. От концов клеток отходят по 3 периплазматических жгутика. В отличие от других спирохет Т. раllidum присуща комбинация четырех основных видов движений: поступательного (вперед и назад), вращательного (вокруг собственной оси), сгибательного (маятникообразное) и контрактильного (волнообразное). Является факультативным анаэробом. В связи с этим условия существования в крови для нее малоблагоприятны, и высокая концентрация возбудителя в крови обычно бывает при наиболее выраженных клинических проявлениях (вторичный сифилис).

Т. pallidum плохо воспринимает анилиновые красители из-за малого количества нуклеопротеидов в клетке. Только при длительном окрашивании по методу Романовского - Гимзы приобретает слабо-розовый цвет. Ядра как такового нет - ядерная мембрана отсутствует, ДНК не разделена на хромосомы. Размножение происходит поперечным делением через каждые 30-33 часа. При действии неблагоприятных факторов, в частности лечебных препаратов, трепонемы могут переходить в L-форму, а также образовывать цисты - свернутые в шар спирохеты, покрытые непроницаемой муциновой оболочкой. Цисты могут длительное время находиться в организме больного, не проявляя патогенности. При благоприятных для них условиях цисты спирохет становятся спиралевидными, размножаются и восстанавливают свою патогенность. Применяемый при лечении сифилиса пенициллин действует только на спиралевидные формы трепонемы, поэтому эффективность средств максимальна в первые месяцы болезни. Бледная трепонема потому так и называется, что крайне плохо окрашивается традиционно используемыми в диагностике ИППП красителями. Методом выбора (т.е. лучшим методом) считается исследование нативного препарата в тёмном поле. При этом мерцающая, плавно изгибающаяся сифилитическая трепонема хорошо различима. Исследование на обнаружение бледной трепонемы проводится, в основном, в начале заболевания - материал берут из язв, эрозий, папул, на коже и слизистых оболочках половых органов, в области заднего прохода и полости рта, проводят пункцию лимфоузлов. В более поздние сроки исследуют сыворотку крови и спинномозговую жидкость на наличие специфических антител (серологические методы диагностики). По Романовскому - Гимзе окрашивается в бледно-розовый цвет. Наиболее изучены 3 антигена: кардиолипиновый, групповой и специфический. Растет на средах, содержащих почечную или мозговую ткань в строго анаэробных условиях при температуре 35°С. Культивирование трепонем в течение длительного времени приводит к потере вирулентности и изменениям других биологических свойств (биохимических, физиологических). Для сохранения исходных свойств трепонем в лабораториях их пассируют на кроликах - в ткани яичек животных, где они хорошо размножаются. Оптимальные условия для размножения спирохета находит в лимфатических путях, постоянно присутствуя в лимфатических узлах. Во влажных выделениях выживает до 4 сут, в трупе - до 2 сут, при нагревании до 60° С погибает в течение 10-20 мин, при 100° С - мгновенно. Чувствительна к действию этилового спирта, 0,3-0,5 % раствора соляной кислоты, 1-2 % раствора фенола.

**Механизм передачи**возбудителя контактный; путь передачи - половой. Наблюдается внеполовое заражение при использовании загрязненных выделениями больного (слюна, семя, кровь, вагинальные и другие выделения) предметов обихода, медицинского инструментария и др. Во второй половине беременности возможна вертикальная передача возбудителя (от матери к плоду).

Экспериментальное заражение трепонемами лабораторных животных (крыс, мышей, морских свинок) создает бессимптомную инфекцию. Заражение кроликов в кожу или яичко позволяет размножить, накопить необходимое количество трепонем. Эта модель дала возможность, кроме сохранения исходных биологических свойств культур, выделенных от больных людей, изучить их отношение к лечебным препаратам и другие вопросы инфекционной патологии. Способность трепонем противостоять защитной реакции фагоцитов, активно внедряться в ткани при повреждающем действии эндотоксина обеспечивает развитие патологического процесса. Бледные трепонемы могут содержаться в крови людей, даже находящихся в инкубационном периоде. Если такая кровь по каким-либо причинам будет перелита здоровому, то произойдет заражение и возникнет так называемый "трансфузионный" сифилис. Поэтому донорскую кровь обязательно исследуют на сифилис, подвергают консервированию, выдерживая в течение 4 суток, что гарантирует гибель бактерий. Если случайно, в экстренной ситуации, при прямом переливании взята кровь от больного сифилисом, то человеку, получившему ее, проводят предупредительное лечение. На бледную трепонему губительно действуют 0,5 % раствор едкой щелочи, а также растворы кислот. Моча с резко выраженной кислой реакцией, а также некоторые пищевые продукты -- кислое молоко, квас, уксус и даже лимонад могут уничтожить возбудителя. Сразу же гибнет он в мыльной пене, а потому мытье рук с мылом надежно предохраняет от заражения.

Иммунитет

Восприимчивость человека к сифилису высока. Приобретенный иммунитет характеризуется защитными клеточными реакциями, способствующими фиксации трепонем и образованию гранулем, но не элиминации возбудителя из организма. Развивается и инфекционная аллергия, которую можно выявить внутрикожным введением убитой взвеси тканевых трепонем. На высоте иммунного ответа трепонемы образуют цисты, которые локализуются обычно в стенке кровеносных сосудов - болезнь переходит в стадию ремиссии. Снижение напряженности иммунитета сопровождается возвратом возбудителя в вегетативную стадию, его размножением, следствием чего являются рецидивы болезни. Образующиеся на антигенные комплексы микробной клетки антитела не обладают защитными свойствами. Способность одних антител (реагинов) вступать в реакцию с кардиолипиновым антигеном используется в серодиагностике сифилиса.

Перенесенное заболевание не оставляет невосприимчивости. После излечения возможно повторное заболевание при реинфекции. Естественная восприимчивость людей относительно невысокая: заболевает около 30 % лиц, имевших контакт с больным. ВИЧ- инфекция снижает естественную резистентность человека к сифилису.

Территориальное распространение болезни имеет повсеместный характер. Заболеваемость преобладает в городах, среди лиц активных в сексуальном отношении возрастов (20-35 лет). Мужчины заболевают чаще, чем женщины. Проституция, гомосексуализм, случайные половые связи, неблагополучные социально-экономические условия жизни способствуют распространению сифилиса.

**Симптомы.**После инфицирования чаще всего (90-95%) наблюдается классическое течение инфекции, реже (5-10%) - первично-латентное (с первыми клиническими проявлениями в виде поздних форм инфекции спустя годы и десятилетия). Допускается возможность самоизлечения. Предполагают, что варианты течения инфекции зависят от формы возбудителя. Волнообразное течение сифилиса со сменой активных проявлений болезни периодами скрытого состояния является проявлением изменений реактивности организма больного к бледной трепонеме. В классическом течении сифилиса выделяют четыре периода: инкубационный, первичный, вторичный, третичный. Периоды отличаются друг от друга набором сифилидов - различных морфологических элементов сыпи, возникающих в ответ на проникновение в кожу и слизистые оболочки бледных трепонем. Инкубационный период, т.е. период от заражения до появления первых клинических признаков заболевания в среднем составляет 3-4 недели.

Сифилис проходит ряд стадий, которые практически одинаково проявляются у мужчин и женщин. На первичной стадии образуется небольшое поражение, т.н. твердый шанкр; оно может напоминать прыщ или принимать форму открытой язвы. Обычно оно появляется через 3 недели после заражения, но иногда возникает через 10 дней или через 3 месяца. Шанкр, как правило, безболезнен, и на него можно не обратить внимания. Чаще всего шанкры, которые в 70% случаев бывают безболезненными, располагаются на половых органах и в анальной области, однако они могут образоваться на губах, в ротовой полости, на пальце, на груди или на любом участке тела, где возбудитель проник в кожу иногда он бывает множественным, но может оставаться незамеченным. Одновременно увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Они бывают плотными, подвижными, безболезненными, не нагнаиваются. Вначале шанкр имеет вид пятна неяркого красного цвета, которое затем превращается в папулу (узелок). Папула изъязвляется, образуя округлую или овальную язву, окруженную обычно красной каймой. Язва, безболезненная, с чистым дном, уплотненными и приподнятыми краями - шанкр. Размеры шанкра варьируют, составляя в среднем 10-15 мм. Отделяемое шанкра очень заразно. Спустя 4-6 недель без специфической терапии шанкр обычно заживает, создавая ложное впечатление, что "все обошлось" оставляя после себя тонкий атрофичный рубчик.

Осложнениями твердого шанкра являются баланит и баланопостит, обусловленные присоединением бактериальной или трихомонадной инфекции с развитием островоспалительных явлений в окружности сифиломы, которые в свою очередь могут завершаться развитием фимоза и парафимоза с увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов. Реже наблюдаются гангренизация - язвенно-некротический процесс в области твердого шанкра и фагеденизм - прогрессирующий язвенно-некротического процесс, развивающийся в тканях, окружающих первичную сифилому, и сопровождающийся кровотечениями. Как и гангренизация, наблюдается у ослабленных лиц - хронических алкоголиков, ВИЧ-инфицированных и т.п. Регионарный лимфаденит (регионарный склераденит) - второй обязательный клинический симптом первичного сифилиса. Выражается в своеобразном увеличении и уплотнении ближайших к шанкру лимфатических узлов. В редких случаях он может быть слабо выраженным или отсутствовать. При локализации твердого шанкра на половых органах возникает паховый лимфаденит: лимфатические узлы увеличены, плотны, не спаяны между собой и окружающими тканями, подвижны, имеют овоидную форму, безболезненны, при пальпации пружинят. Кожа над ними не изменена. Характерно увеличение лимфатических узлов ("плеяды"), один из которых наиболее крупный. Лимфаденит может быть двусторонним и односторонним. Он никогда не нагнаивается и не вскрывается. Специфический регионарный лимфангиит - третий, менее постоянный признак первичного сифилиса. Поражается лимфатический сосуд на протяжении от твердого шанкра до близлежащих лимфатических узлов. Тяж его в виде плотноэластического безболезненного шнура, иногда с утолщениями по своему ходу, обычно прощупывается на дорсальной поверхности полового члена. Примерно с 3-4-й недели существования твердого шанкра возникает специфический полиаденит - важный сопутствующий симптом массовой гематогенной дессиминации бледных трепонем. В конце первичного периода примерно у 5% больных появляются общие симптомы (головные боли, ночные боли в костях и суставах, бессонница, раздражительность, общая слабость, повышение температуры тела, иногда до 39-40°С), а также изменения в крови с нерезкой гипохромной анемией, лейкоцитозом, повышением СОЭ (до 30-60 мм/ч). В остальных случаях сифилитическая септицемия протекает без лихорадки и общих симптомов, и переход первичной стадии сифилиса во вторичную происходит незаметно для самого больного.

От типичного течения сифилиса могут быть отклонения. В частности, при попадании возбудителя в кровь (например, при глубоком порезе, переливании крови) заболевание начинается с вторичных высыпаний. Это так называемый обезглавленный сифилис, сифилис без твердого шанкра, трансфузионный сифилис. У некоторых больных с поздними формами (при давности заболевания более 2 лет) поражаются исключительно внутренние органы или нервная система (нейросифилис).

**Вторичная стадия** начинается обычно через 6–10 недель после заражения. Период вторичного сифилиса длится 2-4 года, характеризуясь ремиссиями и рецидивами. Клинически она может проявляться гриппоподобными состояниями (flu-like-синдром) с небольшим повышением температуры тела, головными болями, разбитостью, анорексией, похуданием, миалгиями, болями в горле, артральгиями и генерализованным лимфоаденитом. Симптомы: бледно-красные или розоватые высыпания (часто на ладонях и на подошвах), боль в горле, головная боль, боли в суставах, плохой аппетит, потеря веса и выпадение волос. Вокруг половых органов и в анальной области могут появиться широкие кондиломы (condyloma lata), которые очень контагиозны. Вследствие такого разнообразия симптомов сифилис иногда называют "великим имитатором". Симптомы вторичного периода сифилиса обычно сохраняются в течение 3-6 мес., однако они могут периодически исчезать и появляться вновь. После исчезновения всех симптомов болезнь переходит в латентную стадию, когда больной уже не заразен, но происходит внедрение возбудителя в различные ткани: головной и спинной мозг, кровеносные сосуды, костную ткань. У 50-70% больных с нелеченным сифилисом этот период продолжается до конца их жизни, но у остальных болезнь переходит в третичный, или поздний, период сифилиса.

К этому времени шанкр исчезает, даже без лечения, а трепонема проникает в кровь и разносится по организму. По всему телу или только на руках или ногах появляется сыпь. Иногда во рту или вокруг вульвы (наружных женских половых органов) возникают мелкие язвочки. Подобно первичному шанкру, вторичные язвы и сыпь очень заразны. Как и проявления первичной стадии, эти симптомы, в конце концов, исчезают. Кожные изменения выражаются эритематозной пятнистой сыпью, возникающей сначала на туловище и на верхних конечностях. Высыпания прогрессируют, приобретают генерализованный характер, не сопровождаются зудом, приобретают медную окраску, особенно заметны на ладонях и на стопах. Первоначально высыпания могут приобретать пятнисто-папулезный характер (пятнистый и папулезный сифилиды), поражать волосяные фолликулы и вызывать локальное выпадение волос. Может происходить также формирование пустул (пустулезный сифилид). Изменения могут возникать на слизистых оболочках (слизистые бляшки), образуя овальные, слегка приподнятые эрозии, покрытые серым налетом и окруженные зоной покраснения. Кожные изменения при вторичном сифилисе всегда представляют большую инфекционную опасность. Папулезные сифилиды также являются основными проявлениями вторичного сифилиса. Это бесполосные образования, резко отграниченные от окружающей здоровой кожи, выступающие над ее уровнем и содержащие большое количество бледных трепонем. В большинстве случаев они располагаются на туловище. В целом сифилитические папулы не сопровождаются субъективными ощущениями, но надавливание на них пуговчатым зондом вызывает острую боль - симптом Ядассона. Внешний вид сифилитических папул зависит от их локализации, давности инфекции и особенностей кожи больного. Различают несколько форм папулезных сифилидов. Лентикулярный (чечевицеобразный) сифилид чаще наблюдается при вторичном свежем сифилисе, представлен четко отграниченными плоскими округлыми папулами величиной с чечевицу, синюшно-красного цвета, плотноэластической консистенции, с гладкой блестящей поверхностью. Постепенно папулы приобретают желтовато-бурый оттенок, уплощаются, на поверхности их возникает скудное воротничковое шелушение. Милиарный сифилид отличается малыми размерами (с маковое зерно) и полуконической формой папул; нуммулярный (монетовидный) - характеризуется значительной величиной папул (с крупную монету и больше), склонностью к группировке; кольцевидный, элементы которого чаще располагаются на лице и шее; себорейный, при котором папулы локализуются на лице, по краю лба ("корона Венеры") и отличаются жирными чешуйками на поверхности; эрозивный (мокнущий), при котором папулы отличаются белесоватой мацерированной, эрозированной или мокнущей поверхностью, что обусловлено локализацией на слизистой оболочке и в углах рта и складках кожи, относится к наиболее заразным проявлениям сифилиса. Широкие кондиломы (вегетирующие папулы) располагаются в местах трения, физиологического раздражения (половые органы, область заднего прохода, реже - подмышечные, паховые складки и пупок). Отличаются большими размерами, вегетацией (разрастание ввысь) и эрозированной поверхностью. Роговые папулы (сифилитические мозоли) отличаются мощным развитием рогового слоя на поверхности, очень похожи на мозоли, псориазиформные папулы характеризуются выраженным шелушением на поверхности. Папулезные высыпания, нередко появляющиеся и на слизистых оболочках, особенно рта, клинически соответствуют эрозивным (мокнущим) папулам. В полости рта эрозивный папулезный сифилид чаще всего занимает область мягкого неба и миндалин (сифилитическая папулезная ангина). Папулезные высыпания на слизистой оболочке гортани приводят к осиплости голоса.

Пустулезные сифилиды - редкое проявление вторичного сифилиса. Они начинаются с пустулы и быстро эволюционируют с формированием корки или чешуйки и обычно возникают у лиц с пониженной сопротивляемостью организма, страдающих туберкулезом, алкоголизмом, малярией и т.д. Иногда сопровождаются повышением температуры и снижением массы тела.

В зависимости от локализации, размеров и степени распада элементов различают пять разновидностей пустулезного сифилида. Угревидный - мелкие конические пустулы на плотном папулезном основании, быстро ссыхаются в корочки и медленно рассасываются. Импетигинозный - поверхностные пустулы, образующиеся в центре папул и быстро ссыхающиеся в корку. Оспенновидный - отличается шарообразными пустулами величиной с горошину, центр которых быстро засыхает в корку, расположены на плотном основании. Сифилитическая эктима - поздний сифилид (через полгода и позже от начала заболевания): глубокая округлая пустула величиной с крупную монету, быстро засыхает в толстую корку, инкрустированную в кожу, при отторжении которой возникает язва с круто обрезанными краями и периферическим валиком специфического инфильтрата багрово-синюшного цвета; эктимы обычно единичны, оставляют рубец. Сифилитическая рупия - эктимоподобный элемент под слоистой конической (устричной) коркой вследствие роста и повторного распада специфического инфильтрата. Обычно единичны, заживают рубцом.

Угревидный, импетигинозный и оспенновидный сифилиды наблюдаются, как правило, при вторичном свежем сифилисе, а глубокие разновидности (эктима и рупия) - при рецидивном. Комбинация пустулезных, язвенных и пустулезных высыпаний является проявлением так называемого злокачественного сифилиса, встречающегося у иммуносупрессивных больных (в том числе у ВИЧ-инфицированных, алкоголиков и т.п.), при нем высыпания располагаются преимущественно в области головы и шеи, а также могут сопровождаться поражением слизистой оболочки рта. При локализации на миндалинах и мягком небе процесс имеет вид пустулезно-язвенной ангины. У больных злокачественным сифилисом наблюдаются лихорадка, ознобы, снижение массы тела, но нет лимфаденопатии. Серореакции на сифилис становятся положительными на более поздних сроках. При отсутствии соответствующей терапии возможен летальный исход.

Сифилитическая плешивость обычно наблюдается при вторичном рецидивном сифилисе и проявляется в трех разновидностях. При диффузной плешивости облысению может подвергнуться любой участок кожного покрова, но чаще поражается волосистая часть головы, в том числе височные и теменная области. Мелкоочаговая плешивость проявляется множественными мелкими очажками облысения неправильно округлых очертаний, беспорядочно разбросанными по голове (особенно в области висков, затылка, бороды), и напоминает мех, изъеденный молью. Для этой формы характерно не полное выпадение, а частичное поредение волос; иногда мелкоочаговое облысение поражает наружную треть бровей и ресницы, которые имеют неодинаковую длину - "ступенчатообразные" ресницы, симптом Пинкуса. При смешанной плешивости имеются признаки обеих разновидностей. Сифилитическая плешивость существует в течение нескольких месяцев, после чего волосяной покров полностью восстанавливается. Сифилитическая лейкодерма (сифилид пигментный) патогномонична для вторичного (обычно рецидивного) сифилиса, чаще встречается у женщин, локализуется преимущественно на боковых и задней поверхностях шеи ("ожерелье Венеры") и характеризуется гипопигментированными округлыми пятнами величиной с ноготь. Различают пятнистую и кружевную сифилитическую лейкодерму, когда пятен очень много и они почти сливаются друг с другом, оставляя лишь небольшие полоски от гиперпигментированного фона. Лейкодерма существует длительно (иногда многие месяцы и даже годы), ее развитие связывают с поражением нервной системы. При наличии лейкодермы у больных наблюдаются, как правило, патологические изменения в спинномозговой жидкости. Вторичный сифилис также сопровождается поражением многих органов и систем. Это менингит, гепатит, гломерулонефрит, бурсит и (или) периостит и т.д. Закономерно нарушение лабораторных показателей, отражающее эти поражения. У одного и того же больного могут быть и пятна, и узелки, и гнойнички. Высыпания держатся от несколько дней до нескольких недель, а затем без лечения исчезают, чтобы после более или менее длительного времени смениться новыми, открывая период вторичного рецидивного сифилиса. Новые высыпания, как правило, не покрывают всей кожи, а располагаются на отдельных участках; они крупнее, бледнее (иногда едва заметные) и склонны группироваться, образуя кольца, дуги и другие фигуры. Сыпь по-прежнему может быть пятнистой, узелковой или гнойничковой, но при каждом новом появлении количество высыпаний все меньше, а размеры каждого из них больше. Для вторичного рецидивного периода типичны узелки на наружных половых органах, в области промежности, около заднего прохода, под мышками. Они увеличиваются, поверхность их мокнет, образуя ссадины, мокнущие разрастания сливаются друг с другом, напоминая по виду цветную капусту. Такие разрастания, сопровождающиеся зловонным запахом, мало болезненны, но могут мешать при ходьбе. У больных вторичным сифилисом бывает так называемая "сифилитическая ангина", которая отличается от обычной тем, что при покраснении миндалин или появлении на них белесых пятен горло не болит и температура тела не повышается. На слизистой оболочке шеи и губ возникают белесоватые плоские образования овальных или причудливых очертаний. На языке выделяются ярко-красные участки овальных или фестончатых очертаний, на которых отсутствуют сосочки языка. В углах рта могут быть трещины -- так называемые сифилитические заеды. На лбу иногда появляются опоясывающие его буровато-красные узелки "корона Венеры". В окружности рта могут возникнуть гнойные корочки, имитирующие обычную пиодермию. Очень характерна сыпь на ладонях и подошвах. При появлении каких-либо высыпаний на этих участках нужно непременно провериться у венеролога, хотя изменения кожи здесь могут быть и иного происхождения (например, грибкового). Иногда на задней и боковых поверхностях шеи образуются небольшие (размером с ноготь мизинца) округлые светлые пятнышки, окруженные более темными участками кожи. "Ожерелье Венеры" не шелушится и не болит. Бывает сифилитическое облысение (алопеция) в виде либо равномерного поредения волос (вплоть до резко выраженного), либо мелких многочисленных очажков. Это напоминает мех, побитый молью. Нередко выпадают также брови и ресницы. Все эти неприятные явления возникают через 6 или больше месяцев после заражения. Опытному врачу-венерологу достаточно беглого взгляда на больного, чтобы поставить ему по этим признакам диагноз сифилиса. Лечение достаточно быстро приводит к восстановлению роста волос. У ослабленных, а также у злоупотребляющих алкоголем больных нередки разбросанные по всей коже множественные язвы, покрытые слоистыми корками (так называемый "злокачественный" сифилис). Поражение нервной системы во вторичном периоде сифилиса обычно называют ранним нейросифилисом, характеризующимся поражением мозговых оболочек и сосудов.

Во вторичном периоде в специфический процесс могут оказаться вовлеченными практически все органы и системы, хотя это бывает не часто. В основном поражаются кости и суставы, ЦНС и некоторые внутренние органы. Периостит встречается у 5% больных в виде диффузных утолщений, проявляясь болезненными тестоватыми припухлостями и ночными болями в костях. Наиболее часто поражаются кости черепа и большеберцовые. Поражение суставов обычно протекает по типу полиартритического синовита с образованием выпота в суставной полости. Сустав представляется отечным, увеличенным в объеме, болезненным при надавливании. Очень характерны появление болей в суставе при попытке к движению и исчезновение их во время движения. Наиболее часты специфические висцериты вторичного периода: сифилитический гепатит (увеличение и болезненность печени, повышение температуры тела, желтуха), гастрит, нефрозо-нефрит, миокардит. Сифилитические висцериты быстро проходят после специфического лечения. При неврологическом обследовании с анализом цереброспинальной жидкости обнаруживают сифилитический менингит (нередко асимптомный), иногда осложняющийся гидроцефалией, а также сифилис сосудов мозга (менинговаскулярный сифилис), реже - сифилитические невриты, полиневриты, невралгии. Положительная реакция Вассермана при вторичном свежем сифилисе наблюдается в 100% случаев, при вторичном рецидивном - в 98-100%.

Если больной не лечился, то через несколько лет после заражения у него может наступить третичный период. У некоторых больных по завершении вторичной стадии навсегда исчезают какие бы то ни было симптомы. Однако у других они, оставаясь скрытыми на протяжении 1–20 лет, возобновляются. В течение скрытого (латентного) периода трепонемы разносятся кровью и попадают в различные ткани организма. Поражение этих тканей приводит к тяжелым последствиям, характерным для третичной (поздней) стадии сифилиса.

**Третичный сифилис** наступает через 5-10 лет представляет собой медленно прогрессирующий воспалительный процесс у взрослых, который может развиваться в любом органе. Эта стадия заболевания выражается формированием узлов (гумм) и развитием сердечно-сосудистых нарушений, болезней почек, печени, легких и т.д. Чаще всего поражаются аорта и сердце. Уже на ранних стадиях заболевания могут развиваться сифилитический менингит, менингоэнцефалит, резкое повышение внутричерепного давления, инсульты с полными или частичными параличами и т.д. III стадия сифилиса. На коже появляются одиночные крупные узлы размерами до грецкого ореха или даже куриного яйца (гуммы) и более мелкие (бугорки), расположенные, как правило, группами. Гумма постепенно растет, кожа становится синюшно-красной, потом из центра ее начинает выделяться тягучая жидкость и образуется длительно не заживающая язва с характерным желтоватым дном "сального" вида. Гуммозные язвы отличаются длительным существованием, затягивающимся на многие месяцы и даже годы. Рубцы после их заживления остаются на всю жизнь, и по их типичному звездчатому виду можно спустя длительное время понять, что у этого человека был сифилис. Бугорки и гуммы чаще всего располагаются на коже передней поверхности голеней, в области лопаток, предплечий и т.д. Одно из частых мест третичных поражений слизистая оболочка мягкого и твердого неба. Изъязвления здесь могут доходить до кости и разрушать костную ткань, мягкое небо, сморщиваться рубцами, либо образуют отверстия, ведущие из полости рта в полость носа, отчего голос приобретает типичную гнусавость. Если гуммы располагаются на лице, то они могут разрушить кости носа, и он "проваливается". На всех стадиях сифилиса могут поражаться внутренние органы и нервная система. В первые годы болезни у части больных обнаруживаются сифилитические гепатиты (поражения печени) и проявления "скрытого" менингита. При лечении они быстро проходят. Значительно реже, через 5 и более лет, в этих органах иногда образуются уплотнения либо гуммы, подобные возникающим на коже.

Чаще всего поражаются аорта и сердце. Формируется сифилитическая аневризма аорты; на каком-то участке этого важнейшего для жизни сосуда его диаметр резко расширяется, образуется мешок с сильно истонченными стенками (аневризма). Разрыв аневризмы ведет к мгновенной смерти. Патологический процесс может также "сползать" с аорты на устья коронарных сосудов, питающих сердечную мышцу, и тогда возникают приступы стенокардии, которые не снимаются обычно применяющимися для этого средствами. В некоторых случаях сифилис становится причиной инфаркта миокарда. Уже на ранних стадиях заболевания могут развиваться сифилитический менингит, менингоэнцефалит, резкое повышение внутричерепного давления, инсульты с полными или частичными параличами и т.д. Эти тяжелые явления весьма редки и, к счастью, достаточно хорошо поддаются лечению. Поздние поражения (спинная сухотка, прогрессивный паралич). Возникают, если человек не лечился или лечился плохо. При спинной сухотке бледная трепонема поражает спинной мозг. Больные страдают от приступов острых мучительных болей. Кожа их теряет чувствительность настолько, что они могут не почувствовать ожога и обратить внимание только на повреждение кожи. Походка изменяется, становится "утиной", появляется вначале затруднение мочеиспускания, а в дальнейшем недержание мочи и кала. Особенно тяжело протекает поражение зрительных нервов, в короткое время приводящее к слепоте. Могут развиваться грубые деформации крупных суставов, особенно коленных. Обнаруживаются изменения размера и формы зрачков и их реакции на свет, а также снижение или полное исчезновение сухожильных рефлексов, которые вызываются ударом молоточка по сухожилию ниже колена (коленный рефлекс) и над пяткой (ахиллов рефлекс). Прогрессивный паралич развивается обычно через 15-20 лет. Это необратимое поражение головного мозга. Резко меняется поведение человека: уменьшается трудоспособность, колеблется настроение, снижается способность к самокритике, появляются либо раздражительность, взрывчатость, либо, наоборот, необоснованная веселость, беззаботность. Больной плохо спит, у него часто болит голова, дрожат руки, подергиваются мышцы лица. Через некоторое время становится бестактным, грубым, похотливым, обнаруживает склонность к циничной брани, обжорству. Его умственные способности угасают, он теряет память, особенно на недавние события, способность к правильному счету при простых арифметических действиях "в уме", при письме пропускает или повторяет буквы, слоги, почерк становится неровным, неряшливым, речь замедленной, монотонной, как бы "спотыкающейся". Если не проводится лечение, то совсем теряет интерес к окружающему миру, вскоре отказывается покидать постель, и при явлениях общего паралича наступает смерть. Иногда при прогрессивном параличе возникает мания величия, внезапные приступы возбуждения, агрессии, опасные для окружающих. Третичный сифилис развивается примерно у 40% больных на 3-4-м году заболевания, продолжается неопределенно долго и проявляется развитием специфического воспаления - инфекционной гранулемы. Проявления третичного периода сопровождаются наиболее выраженным, часто неизгладимым обезображиванием внешнего вида больного, тяжелыми нарушениями в разных органах и системах, приводят к инвалидности, а нередко и к летальному исходу. Отличительными особенностями третичного периода являются склонность сифилидов - бугорков и гумм к распаду с последующими обширными деструктивными изменениями в пораженных органах и тканях; ограниченность поражения (единичные элементы); его повсеместность; волнообразное, перемежающееся течение. Сифилиды, просуществовав обычно несколько месяцев, подвергаются спонтанному регрессу. При наличии клинических проявлений диагностируют третичный активный сифилис, при отсутствии их - третичный латентный сифилис. Рецидивы третичных поражений наблюдаются нечасто и бывают отделены друг от друга длительными (иногда многолетними) скрытыми периодами; сроки существования третичных сифилидов исчисляются месяцами и годами. Классические серологические реакции у 1/3 больных третичным сифилисом отрицательны. Наиболее часто в патологический процесс вовлекаются кожа, слизистые оболочки и костный скелет.

Поражающий кожу бугорковый сифилид - небольшой плотноэластический бугорок, залегающий в толще дермы, полушаровидной формы, размером с вишневую косточку, темно-красного или синюшно-красного цвета. Поверхность его гладкая, блестящая. Спустя несколько недель или месяцев он размягчается и изъязвляется с образованием округлой, довольно глубокой язвы с валикообразными, круто обрезанными краями. Постепенно дно язвы очищается от распада, покрывается грануляциями и превращается в пигментированный по периферии атрофический рубец, на котором никогда не возникает новых высыпаний. Группа рубцов имеет мозаичный вид.

Гумма формируется в гиподерме и представляет собой плотноэластический узел шаровидной формы величиной с грецкий орех, с резкими границами, покрытый багрово-красной кожей, ограниченно подвижный. Субъективные ощущения незначительны или отсутствуют. Гумма размягчается и вскрывается с образованием некроза и отторжением "гуммозного стержня". Образовавшаяся язва имеет округлые очертания, глубокое дно и очень характерные валикообразные толстые, плотноэластические синюшно-красные края. Постепенно она рубцуется, оставляя обесцвечивающийся рубец с зоной гиперпигментации по периферии. Иногда гуммозный инфильтрат распространяется на соседние ткани (с кожи на надкостницу, кость, кровеносные сосуды), что может привести к летальному исходу. Гуммы слизистых оболочек (носа, зева, языка, твердого и мягкого неба, глотки, гортани и т.д.) часты и приводят к тяжелым и неустранимым расстройствам речи, глотания, дыхания, изменяют внешний вид больного ("седловидный" нос, перфорация твердого неба и т.д.). Встречаются гуммозные сифилиды надкостницы, костей (голеней, предплечий, черепа и т.д.) и суставов (коленных, локтевых, голеностопных), а также внутренних органов и центральной нервной системы. В редких случаях при третичном сифилисе возникает поздняя третичная эритема от нескольких миллиметров до 2 см в диаметре, бледно-розового цвета, иногда приобретающая форму различных фигур. Однако наибольшую опасность представляет развитие повреждений головного и спинного мозга; они обычно вызывают особую форму психоза, т.н. прогрессивный паралич, и могут приводить к слепоте или параличу, например одной из конечностей или одной стороны тела. Такие осложнения сифилиса бывают смертельными.

**Лабораторная диагностика**

**Диагноз.** Сифилис обычно диагностируется на основании анализа крови. Существует несколько тестов на сифилис, включая как экспресс-тесты, удобные для массовых обследований, так и более точные и специфичные, но и более трудоемкие методы. Хотя ни один из этих методов нельзя считать абсолютно надежным для выявления первичного сифилиса, вторичный сифилис они позволяют обнаружить в 100% случаев. Очень важен также тщательный осмотр пациента в поисках признаков первичного или вторичного сифилиса. Шанкры на шейке матки или во влагалище можно обнаружить только при вагинальном исследовании, поскольку они обычно безболезненны. При микроскопическом исследовании жидкости, взятой из шанкра, в ней обычно обнаруживаются спиралевидные микроорганизмы.

Лабораторная диагностика основана главным образом на серологических реакциях. Реакция Вассермана с липоидными и трепонемными антигенами в сочетании с осадочными реакциями становятся положительной с 3-й нед. от начала заболевания у 100 % больных вторичным свежим сифилисом, у 98 % - рецидивным, у 95 % - вторичным латентным; несколько ниже процент положительных реакций при третичном (65-75 %) и латентном сифилисе (40-50 %). Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) особенно эффективна при врожденном и вторичном скрытом сифилисе, а при третичном сифилисе процент положительных реакций достигает 98 %. Кроме того, в раннем периоде первичного сифилиса используют РИФ, однако эта реакция недостаточно специфична.

Наиболее надежны ИФА (определение IgM антител в реакции ИФА возможно до появления шанкра), РИБТ, РИФ. Ранние стадии сифилиса можно распознать, используя метод микроскопии в темном поле (при отраженном свете) для выявления возбудителя в отделяемом из шанкра. На последующих стадиях заболевание диагностируют также путем определения в сыворотке крови антител (реагинов), которые вырабатываются организмом в ответ на появление в крови антигенов бледной трепонемы. Самый первый из таких серологических тестов – реакция Вассермана, предложенная в 1907 немецким бактериологом А.Вассерманом. В этой реакции в качестве антигена для определения антител используется полисахарид, сходный с аналогичным веществом клеточной оболочки бактерии. Современные серологические исследования, использующие липидный, или небактериальный (нетрепонемный), антиген, включают экспресс-метод определения сывороточных реагинов и специализированную флокуляционную пробу на сифилис. В других современных исследованиях применяется антиген из самих бактерий *Treponema* . Один из наиболее чувствительных и специфических тестов – флуоресцентный трепонемный тест на связывание антител. Реакция Вассермана с липоидными и трепонемными антигенами в сочетании с осадочными реакциями становятся положительной с 3-й нед от начала заболевания

**Выделяют три группы серологических методов исследования:**

1. С использованием липидных (реагиновых) диагностических антигенов:

1. Микрореакции с липидными, в т.ч. кардиолипиновыми антигенами - микрореакции преципитации МРП, VDRL *(Venereal Disease Research Laboratory)* , RPR *(Rapid Plasma Reagin - быстрый плазмареагиновый)* , CMF и др. Это экспресс-реакции, доступные практически во всех, даже неспециализированных лечебных учреждениях.

2. Реакции связывания комплимента (РСК) с липидными антигенами - реакция Вассермана.

3. Осадочные реакции (реакция преципитации Кана, цитохолевая реакция Закса-Витебского и др.). В настоящее время практически утратили своё значение.

При заражении сифилисом в крови появляются антитела, называемые реагинами. Для проведения RPR-теста используется реагент, включающий в себя классический VDRL-антиген (кардиолипин+лецитин+холестерин) с добавлением частиц графита, упрожающих визуальную оценку теста.

|  |
| --- |
|  |

Когда капля сыворотки крови больного, содержащая реагины, перемешивается на стекле с реагентом, образуются чёрные флоккуленты (хлопья), которые и являются признаком положительной реакции. При отсутствии реагиновых антител в сыворотке (в частности, в отрицательном контроле, проводимом с каждой серией исследований) флоккуляции не происходит и поверхность остаётся серой.

**II. Групповые трепонемные реакции.**

1. РСК с протеиновым антигеном Рейтера.

2. Реакция иммунофлюорисценции (РИФ)

3. Реакция иммунного прилипания (РИП)

Эта группа исследований позволяет идентифицировать микроорганизмы. относящиеся к роду Treponema, но не позволяют отличить виды трепонем (среди которых встречаются и неопасные, несифилитические трепонемы: Treponema buccalis, Treponema dentium, Treponema phagedenis, Treponema refrigens).

**III. Видоспецифические протеиновые трепонемные реакции:**

1. Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИТ)

2. Реакция иммунофлюорисценции с абсорбцией антител - РИФ-Абс *(в англоязычном варианте FTA-abs)* и её варианты (IgM-РИФ-Абс, 19SIgM- РИФ-Абс).

3. Реакция непрямой гемагглютинации бледных трепонем (РНГА)

К этой группе принадлежат наиболее специфичные методы обнаружения бледных трепонем.

При массовых обследованиях (профосмотрах декретированных групп, обследованиях пациентов стоматологических лечебниц, экспресс-диагностики) наиболее широко используется микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном - МРП (зарубежные аналоги - VRDL, RPR), "в народе" не совсем правильно именуемая "реакцией Вассермана". Это отборочная реакция, простая в постановке и недорогая, но обладающая не самой высокой специфичностью. МРП дающая определённое количество ложноположительных результатов у людей, которые никогда не болели и на момент исследования не болеют сифилисом. Это возможно после вакцинации ("прививки"), у беременных женщин, больных сахарным диабетом, туберкулёзом, пневмонией, инфекционным мононуклеозом, энтеровирусными инфекциями, аутоиммунными и ревматическими заболеваниями, при подагре, злокачественных опухолях, инфаркте миокарда, алкоголизме, наркомании, при носительстве несифилитических трепонем и т.д.). Поэтому все положительные в МРП пробы проверяются в специализированных лечебных учреждениях (кожно-венерологические диспансеры и т.п.) более сложными и дорогими, но более точными методами, относящимися ко II и III группам - РСК с кардиолипиновым и трепонемным антигеном, реакция иммунофлюорисценции с адсорбцией антител - РИФ и реакция пассивной микрогемагглютинации (РПГА). При расхождении результатов исследований в качестве экспертной применяют РИТ, при отрицательном результате РИТ и 19SIgM- РИФ-Абс считается, что обследуемый не страдает сифилисом.

В последнее время для диагностики сифилиса всё шире применяют новые методы исследования: иммуноферментный анализ – ИФА и полимеразную цепную реакцию (ПЦР). Последний метод применим как высокочувствительная и специфичная альтернатива традиционному методу прямого выявления возбудителей - исследования в тёмном поле.

|  |
| --- |
|  |

**Лечение сифилиса**

**Лечение.**Начало современной химиотерапии сифилиса было положено немецким бактериологом П.Эрлихом, который в 1909 открыл «чудодейственное средство» – сальварсан. Это мышьяковистое соединение Эрлих назвал препаратом «606», поскольку оно было 606-м соединением из тех, которые он испытывал как химические средства против сифилиса.

В 1943 врачи начали лечить сифилис пенициллином. Антибиотики оказались эффективным средством лечения даже поздних стадий сифилиса, но вызванные им поражения мозга и других органов необратимы. Лечение сифилиса проводится только после установления диагноза и подтверждения его лабораторными методами исследования.
Основным видом лечения является антибактериальная терапия. Бледная трепонема наиболее чувствительна к антибиотикам группы пенициллина (пенициллин, бициллин - 1, 3, 5 и др.). Также используют при третичном сифилисе бийохинол.

Основным средством лечения сифилиса являются препараты пенициллина. В стационарных условиях применяют водорастворимый пенициллин, обеспечивающий высокую начальную концентрацию антибиотика в организме и проникающий через гематоэнцефалический барьер, однако довольно быстро выводящийся из организма. В амбулаторных условиях в нашей стране с начала 90-х годов применяют зарубежные дюрантные препараты пенициллина - экстенциллин и ретарпен, а также их отечественный аналог бициллин-1. Их однократное введение в дозе 2,4 млн ЕД обеспечивает сохранение в сыворотке крови трепонемоцидной концентрации пенициллина в течение 2-3 недель; инъекции экстенциллина и ретарпена проводятся 1 раз в неделю, бициллина-1 - 1 раз в 5 дней. Однако, по данным отечественных авторов, результаты лечения больных вторичным рецидивным и скрытым ранним сифилисом, а также беременных до 20-й недели беременности дюрантными препаратами пенициллина (особенно экстенциллином, ретарпеном и бициллином) оказались менее благоприятными по сравнению с его водорастворимыми формами. Это касается в первую очередь серорезистентности и замедления негативации серологических реакций.

Превентивное лечение осуществляется чаще амбулаторно (например, одной инъекцией экстенциллина, ретарпена или бициллина-1 в дозе 2,4 млн ЕД). Больным первичным сифилисом проводят лечение либо в стационаре водорастворимым пенициллином по 1 млн ЕД через каждые 6 часов в течение 10 дней, либо амбулаторно, например двумя инъекциями экстенциллина или ретарпена в дозе 2,4 млн ЕД с интервалом 7 дней. При лечении больных вторичным и ранним скрытым сифилисом лечение проводят водорастворимым пенициллином в течение 20 дней либо экстенциллином или ретарпеном по 2,4 млн ЕД на инъекцию 1 раз в неделю№ 3. У больных с поздними рецидивами, при наличии алопеции или лейкодермы, а также у пациентов с ранним скрытым сифилисом с давностью заболевания, превышающей 6 месяцев, к применению рекомендуют водорастворимый пенициллин или прокаин-пенициллин.

Лечение висцерального и нейросифилиса следует проводить в стационаре под наблюдением терапевта или невропатолога. При раннем висцеральном сифилисе применяется растворимый пенициллин по 1 млн ЕД на инъекцию 4 раза в сутки в течение 20 дней. При раннем нейросифилисе лечение проводят внутривенным струйным введением пенициллина по 2-4 млн ЕД 6 раз в сутки (суточная доза 12-14 млн ЕД) в течение 14 дней; препаратом резерва является прокаин-пенициллин (внутримышечно по 2-4 млн ЕД 1 раз в сутки в течение 10-14 дней), который назначают на фоне пробенецида (внутрь по 500 г 4 раза в сутки в течение 10-14 дней). При лечении больных третичным и скрытым поздним сифилисом используется водорастворимый пенициллин по 1 млн ЕД 4 раза в сутки в течение 28 дней, затем, после 2-недельного перерыва, проводится повторный курс лечения пенициллином либо одним из препаратов средней дюрантности в течение 14 дней. Специфические противосифилитические средства комбинируют с неспецифическими, к которым относятся пиротерапия (пирогенал) и иммуномодуляторы (метилурацил, циклоферон, полиоксидоний и др.).

Несмотря на то, что чувствительность бледной трепонемы к пенициллину и его солям до сегодняшнего дня остается высокой, у препарата имеется ряд недостатков: у части больных повышена чувствительность к ним, в применяемых дозах он не проникает через гематоэнцефалический барьер, все чаще сообщается об отсутствии негативации серореакций после лечения сифилиса дюрантными препаратами пенициллина. В этой связи следует обратить внимание на предположение ряда ученых о существовании у T.pallidum, помимо спиралевидных форм, зернистой стадии и стадии кистоподобных сферических тел. По мнению А.Коротяева и С.Бабичева (1998), именно зернистые формы этого микроорганизма способны проходить через бактериальные фильтры, что нельзя не учитывать при лечении сифилитической инфекции. В качестве альтернативных (резервных) препаратов для лечения сифилиса можно использовать цефтриаксон, доксициклин и другие лекарственные средства. Их назначают в повышенных суточных дозах в течение 14-40 дней (в зависимости от стадии сифилиса). Лечение ранних форм сифилиса возможно также сумамедом (азитромицин) по 0,5 г 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Более 20 лет назад появились сообщения о попытках лечения сифилитической инфекции цефалоспоринами. Интерес к ним особенно возрос с появлением цефтриаксона - цефалоспорина третьего поколения. Препарат не только обладает активностью в отношении T.pallidum, но и после внутримышечного введения хорошо проникает в органы, ткани и жидкости организма, в том числе спинномозговую жидкость (способность цефтриаксона проникать через гематоэенцефалический барьер обеспечивается за счет слабого связывания с белками плазмы и накопления в крови "свободной" фракции препарата). Эта особенность препарата имеет большое значение в связи с высокой частотой специфических изменений спинномозговой жидкости (при ранних формах до 68% и даже 82%), несмотря на отсутствие у больного сифилисом клинических симптомов менингита (асимптомный сифилитический менингит), а также со все еще значительной частотой серорезистентности, клинических и серологических рецидивов после терапии дюрантными препаратами пенициллина. Хотя опыт лечения сифилиса цефтриаксоном и за рубежом, и в нашей стране пока ограничен, существуют методические указания по его применению (Ю.Скрипкин и соавт., 1999) в качестве альтернативной методики: при первичном сифилисе внутримышечно по 0,25 г ежедневно (№ 10), при вторичном и раннем скрытом сифилисе - по 0,5 г ежедневно (№ 10), при позднем скрытом и нейросифилисом по 1,0-2,0 г в одной инъекции, ежедневно (№ 14); при сифилитическом менингоэнцефалите, остром генерализованном менингите возможно его внутривенное применение в суточной дозе 4,0 г.

Лечение амбулаторно препаратом форцеф (цефтриаксон) 25 больных сифилисом (12 с диагнозом "сифилис первичный серопозитивный", 6 - "сифилис вторичный свежий", 7 - "сифилис вторичный рецидивный") по 1,0 г внутримышечно через день, на курс 5 инъекций. В каждом случае клиническое выздоровление сопровождалось отсутствием осложнений, побочных эффектов и стойкой негативацией серореакций (при первичном серопозитивном сифилисе происходила в сроки от 2 до 5 месяцев, при вторичном свежем - от 3 до 5 месяцев, при вторичном рецидивном - от 4 до 7 месяцев). Важно отметить, что курсовая стоимость препарата сопоставима со стоимостью лечения популярными на сегодняшний день дюрантными препаратами пенициллинового ряда.

Лечение беременных на сроке до 18 недель проводится по тем же методикам, как и небеременных. На сроке более 18 недель при первичном сифилисе применяют прокаин-пенициллин по 1,2 млн ЕД, ежедневно № 10 или новокаиновую соль пенициллина по 600 тыс. ЕД 2 раза в день в течение 10 дней; при вторичном и скрытом раннем сифилисе \_ прокаин-пенициллин по 1,2 млн ЕД ежедневно № 20 или новокаиновая соль пенициллина по 600 тыс. ЕД 2 раза в день в течение 20 дней или натриевая соль пенициллина по 1 млн ЕД 4 раза в сутки в течение 20 дней. Профилактическое лечение женщин, получавших противосифилитическое лечение до беременности, у которых к ее началу не произошла негативация серологических реакций, а также всех начавших лечение во время беременности независимо от ее срока начинают с 20-й недели беременности (но при поздно начатом лечении непосредственно вслед за ним) прокаин-пенициллином по 1,2 млн ЕД ежедневно № 10, или новокаиновой солью пенициллина по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки в течение 10 дней, или натриевой солью бензилпенициллина по 1 млн ЕД 4 раза в сутки в течение 10 дней. При непереносимости пенициллина в качестве альтернативных препаратов применяют полусинтетические пенициллины (оксациллин или ампициллин) или эритромицин, но поскольку они не проникают через плаценту, ребенка после рождения необходимо пролечить пенициллином.

Лечение детей, в том числе профилактическое, проводится натриевой солью бензилпенициллина, новокаиновой солью пенициллина, прокаин-пенициллином, экстенциллином, ретарпеном, а также альтернативными препаратами - полусинтетическими пенициллинами (оксациллин или ампициллин) или цефтриаксоном. Последний наряду с натриевой или новокаиновой солью пенициллина, а также прокаин-пенициллином рекомендуют при наличии патологических изменений в ликворе или если лечение проводят без обследования спинномозговой жидкости ребенка.

Через несколько часов после начала противосифилитической терапии, особенно препаратами пенициллина, у больных ранними формами сифилиса (в частности, у 75% больных вторичным сифилисом) может развиться реакция Герксгеймера - Яриша, обусловленная массовой гибелью бледных трепонем и сопровождающаяся повышением температуры тела, рвотой, миалгией, головной болью, тахикардией. Синдром проходит после приема аспирина.

Наиболее существенным резервом в повышении качества терапии сифилиса является комплексное (с иммуно-, ферментотерапией и адекватной местной терапией) лечение сопутствующей хронической и осложненной хламидийной инфекции, наличие которой связано с выраженными иммунными нарушениями. Такой комплексный подход к лечению важен, в частности, для предотвращения серорезистентности, как известно, связанной как с сохранением в организме бледных трепонем, цист и L-форм, так и с иммунными нарушениями. С другой стороны, сообщается, что применение при хламидиозе пенициллина или цефалоспоринов без соответствующей противохламидийной терапии ведет к формированию "персистентных" штаммов хламидий, вызывающих наиболее выраженные иммунные и аутоиммунные нарушения. При выявлении у больного сифилисом ВИЧ-антител, его направляют на обследование и наблюдение в региональный Центр по профилактике и борьбе со СПИДом с соответствующими рекомендациями по лечению сифилиса. Первичный или вторичный сифилис легко вылечивается однократной инъекцией пенициллина. Латентный, третичный или врожденный сифилис требует применения более длительного лечения и больших доз пенициллина, однако и в этих случаях лечение обычно бывает успешным. Больным, у которых пенициллин вызывает аллергию, можно вводить тетрациклин или эритромицин.

Половых партнеров больного, у которого диагностирован сифилис в раннем периоде, необходимо срочно обследовать. Всем, имевшим половые контакты с больным в предшествующие 90 дней, следует пройти лечение пенициллином, даже если результаты тестирования отрицательны, поскольку человек может быть инфицирован, но анализ крови этого еще не выявляет (Centers for Disease Control, 1989).

Опасно заниматься самолечением сифилиса, т.к. выздоровление определяется только лабораторными методами.

**Больные сифилисом беременные женщины** могут заразить развивающийся плод. Сифилис новорожденных называют врожденным. Бледная трепонема проникает в организм плода тремя путями: 1) в виде эмбола через пупочную вену; 2) через лимфатические щели пупочных сосудов; 3) с током крови матери через поврежденную токсинами бледных трепонем плаценту (нормальная плацента непроницаема для бледных трепонем). В связи с поражением плаценты сифилитической инфекцией, нарушается питание плода, затрудняется обмен веществ. Бледные трепонемы наводняют органы плода, особенно печень, селезенку, надпочечники и нарушают их функции и развитие. При этом может наступить внутриутробная смерть, и мацерированный плод выталкивается, т.е. происходят преждевременные роды мертвым плодом. Обычно это случается между VI и VII лунными месяцами внутриутробного развития. Реже смерть плода наступает между IV и V месяцами, что связано с токсическим влиянием бледных трепонем на организм плода.

Врожденныи сифилис. Ребенок может заразиться во чреве матери. Иногда он рождается мертвым на 5-6 месяцах беременности или родится преждевременно живым. Может появиться на свет и доношенный ребенок с клиническими проявлениями заболевания или со скрытой инфекцией. Проявления врожденного сифилиса обычно возникают не сразу после рождения, а в течение первых 3 месяцев жизни. Однако уже с самого начала заметны определенные особенности во внешнем виде и поведении больного ребенка, который и "классических" случаях выглядит "маленьким старичком". Это дистрофик с большой головой и истощенным тельцем, бледной, землистой кожей. Он беспокоен, кричит без видимой причины, плохо развивается, мало прибавляет в весе, несмотря на отсутствие желудочно-кишечных расстройств. В первые дни или недели жизни па его ладонях и подошвах могут появляться пузыри (сифилитическая пузырчатка), окруженные багровым ободком. Содержимое их вначале прозрачное, потом становится гнойным и кровянистым, затем покрышки пузырей ссыхаются в корки. Вокруг рта и на лбу кожа местами уплотняется, становится блестящей, багровой, при крике ребенка или сосании трескается, оставляя рубцы, расположенные радиально в углах рта. Часто появляются пятна или узелки на туловище, ягодицах, конечностях. В местах трений и естественных складках они иногда мокнут, изъязвляются. В первые недели жизни возникает так называемый "сифилитический насморк", носовые ходы резко сужаются, дыхание становится затрудненным, а сосание почти невозможным, если перед каждым кормлением тщательно не прочищать ребенку нос. В более тяжелых случаях могут образовываться язвы -- не только на слизистой оболочке носа, но и на хрящевой и костной части носовой перегородки. При этом она разрушается, и форма носа изменяется ("седловидный", "тупой", "козлиный" нос). Поражение внутренних органов начинается еще внутриутробно. Печень увеличена в размерах, плотная, впоследствии может развиться ее цирроз. Селезенка тоже, как правило, увеличена и уплотнена. Возможны тяжелые пневмонии, и тогда ребенок погибает либо еще до рождения, либо вскоре после него. Реже поражаются почки и другие органы. При врожденном сифилисе изменены кости. Ручка или ножка лежат неподвижно, как парализованные, так как малейшее движение вызывает смещение деформированных костей, доставляя острую боль. В месте их отделения выявляются все признаки перелома: отечность, болезненность и др. Эти переломы получили специальное название по имени автора, их описавшего: псевдопаралич (или ложный паралич) Парро. Серьезные изменения могут происходить и в центральной нервной системе. "Беспричинный" крик ребенка, независимо от приема пищи -- один из симптомов сифилитического менингита. Могут возникать приступы судорог, обычно проходящие бесследно, но иногда оставляющие после себя косоглазие и полупараличи конечностей, признаки водянки мозга (гидроцефалии), приводящей к повышению внутричерепного давления и увеличению объема черепа. В наше время ребенок с врожденным сифилисом рождается чаще всего в срок, с нормальным весом и без видимых проявлений заболевания. При обследовании можно обнаружить лишь увеличение печени и селезенки, изменения костей (остеохондриты) и положительные реакции крови на сифилис. Иногда последние являются единственным признаком врожденного заболевания, который называют тогда врожденным скрытым сифилисом. Заболевание может быть впервые выявлено и в более старшем возрасте -- после 2 лет (поздний врожденный сифилис). В этот период возможны поражение глаз, быстро ведущее к слепоте, поражение уха, сопровождающееся внезапной и необратимой глухотой, и изменение формы верхних зубов (резцов). Характерно особое строение голеней ("саблевидные голени"). Поздний врожденный сифилис проявляется в возрасте от 2 до 17 лет и соответствует поражению разных органов и систем при приобретенном третичном сифилисе. Помимо этого отмечают постоянные стойкие признаки, являющиеся результатом сифилиса, перенесенного в грудном возрасте, или появляющиеся позже вследствие влияния сифилитической инфекции на развивающуюся костную систему и некоторые другие органы. Именно совокупность этих признаков позволяет отличить поздний врожденный сифилис от третичного. Признаки позднего врожденного сифилиса делятся в зависимости от степени специфичности на абсолютные, или безусловные, и относительные, или вероятные. Последние наблюдаются чаще при позднем врожденном сифилисе, но встречаются и при других болезнях, поэтому имеющие меньшую диагностическую ценность.

К безусловным признакам относится триада Гетчинсона: гетчинсоновские зубы (бочкообразная или долотообразная форма резцов, гипоплазия жевательной поверхности с полулунной выемкой по свободному краю); паренхиматозный кератит (равномерное молочно-белое помутнение роговицы со светобоязнью, слезотечением и блефароспазмом); лабиринтная глухота (воспалительные явления и геморрагии во внутреннем ухе в сочетании с дистрофическими процессами в слуховом нерве). Вероятными признаками являются сифилитические хориоретиниты (характерна картина "соли и перца" на глазном дне), саблевидные голени (результат диффузного остеопериостита с реактивным остеосклерозом и искривлением костей голени кпереди), седловидный нос (результат сифилитического поражения носовой перегородки), ягодицеобразный череп (резко выстоящие лобные бугры с расположенной между ними бороздкой), "почкообразный (кисетообразный) зуб", зуб Муна (недоразвитие жевательных бугорков первых моляров); "щучий зуб" Фурнье (аналогичное изменение клыка с истончением его свободного конца); радиарные рубцы Робинсона - Фурнье (в окружности рта после инфильтраций Гохзингера); сифилитические гониты (синовиты Клеттона), протекающие по типу хронических аллергических синовитов (отличаются отсутствием резких болевых ощущений, лихорадки и нарушений функции сустава); поражения нервной системы (расстройства речи, слабоумие и т.п.).

Дистрофии при врожденном сифилисе: признак Авситидийского (утолщение грудинного конца ключицы вследствие диффузного гиперостоза); "олимпийский лоб" (увеличение лобных и теменных бугров); высокое ("готическое") небо; инфантильный (укороченный) мизинец Дюбуа - Гиссара (гипоплазия V пястной кости); аксифоидия Кейра (отсутствие мечевидного отростка); диастема Гоше (широко расставленные верхние резцы); бугорок Карабелли (добавочный бугорок на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти); гипертрихоз Тарковского (зарастание волосами лба почти до бровей). Все перечисленные признаки дистрофии каждый в отдельности не имеют диагностической ценности. Лишь в сочетании с другими симптомами сифилиса и данными анамнеза они могут в неясных случаях помочь поставить диагноз "врожденный сифилис".

Поздний висцеральный сифилис. Сифилитический миокардит характеризуется образованием гумм, в дальнейшем замещающихся фиброзной тканью. Больные предъявляют жалобы на общую слабость, одышку, боли в сердце, быструю утомляемость; при физикальном обследовании выявляют расширение границ сердца, приглушенность первого тона, систолический шум на верхушке, нарушение проводимости. Сифилитический аортит чаще наблюдается у мужчин и обычно сопровождается поражением восходящего отдела аорты, реже - дуги и нисходящей части. Проявляется постоянными загрудинными болями по ночам, расширением восходящего отдела аорты, мягким систолическим шумом и акцентом II тона у устья аорты. Осложнениями сифилитического аортита являются стеноз устья венечных артерий, приводящий к острой или хронической коронарной недостаточности, недостаточность клапанов аорты, аневризма аорты. Сифилис легких характеризуется наличием гумм или хронической межклеточной сифилитической пневмонией, чаще в нижних и средних долях правого легкого.

Из органов брюшной полости в первую очередь отмечают поражение печени, при котором выделяют четыре формы позднего сифилитического гепатита: хронический эпителиальный, хронический интерстициальный, ограниченный гуммозный и милиарный гуммозный. Гуммы печени могут вызывать боли в правом подреберье, потерю аппетита, рвоту, желтуху; при этом печень увеличена, бугриста, плотна. При развитии гумм или гуммозной инфильтрации в желудке возникают симптомы, характерные для опухолевых процессов, нередко с изъязвлением и стенозом. Сифилис почек проявляется нефротическим вариантом хронического гломерулонефрита, изолированным и диффузным гуммозными поражениями.

Поздний диффузный менинговаскулярный сифилис характеризуется головокружениями, головными болями, эпилептиформными припадками, гемипарезами, расстройствами речи и памяти. Часто процесс протекает со спонтанными ремиссиями. При сифилисе сосудов мозга специфический инфильтрат развивается в сосудах мозга, что может приводить к тромбозу или инсультам. Симптоматика зависит от локализации патологического процесса: наблюдаются эпилептиформные припадки, афазия, нарушение чувствительности, психические расстройства.

Сухотка спинного мозга (спинная сухотка, табес) характеризуется приступами стреляющих, кинжальных болей (табетические кризы), парестезиями, расстройством мочеиспускания, дефекации, появлением импотенции, парезами черепных нервов (с птозом, косоглазием, асимметрией лица и др.), зрачковыми расстройствами (мидриаз, анизокория, патогномоничным является синдром Аргайла Робертсона - отсутствие реакции зрачков на свет при сохранности реакции на конвергенцию и аккомодацию, сочетающиеся с сужением и неравномерностью зрачков), костно-воздушной диссоциацией (резкое снижение костной проводимости звука), атаксией, выпадением коленных и ахилловых рефлексов, пошатыванием в позе Ромберга, парестезиями, трофическими расстройствами.

Прогрессивный паралич проявляется через 30-40 лет после заражения и характеризуется поражением вещества головного мозга в области коры передней доли. Выделяют дементную, экспансивную, ажиатированную и депрессивную формы. Гумма головного мозга вызывает очаговую симптоматику, сочетающуюся с головными болями и повышением внутричерепного давления. Гумма спинного мозга может сопровождаться симптомами его полного поперечного поражения.

Сифилисом заразиться страшно. Но еще страшнее заразить им собственного ребенка. Поэтому надо прежде всего -- уменьшить до миниума саму вероятность этого. Нередко мужья, когда жена находится "в положении", позволяют себе случайные, сомнительные связи, не осознавая всей меры ответственности за судьбу ребенка. Бывает, что сифилисом заражаются и сами женщины при внебрачных связях и, решаясь на материнство, не отдают себе в этом отчета. Не надо рисковать здоровьем будущего ребенка. При появлении каких-либо сыпей на теле, каких-то изменений кожи и слизистых оболочек на половых органах, во рту нужно обращаться к дерматовенерологу независимо от результатов исследования крови во время беременности. Врожденный сифилис в прошлом был широко распространен: в начале XX века дети составляли до 1/4 больных сифилисом. В настоящее время случаи врожденного сифилиса представляют редкость -- почти исключительно у детей, чьи матери не состояли на учете в женской консультации. Если же заболевание выявлено вовремя, при полноценном лечении в первые 25 недель беременности, ребенок рождается здоровым. В более поздние сроки у него могут быть те или иные признаки инфицированности. Некоторые женщины, в прошлом перенесшие сифилис, опасаются иметь детей. Если лечение проводилось до беременности, и серологические реакции стали отрицательными, страхи излишни, но все-таки необходимо во время беременности провести профилактическое лечение, что предупреждает возможность развития инфекции у ребенка.

**Профилактика сифилиса**

К методам общественной профилактики сифилиса относят бесплатное лечение у квалифицированных специалистов кожно-венерологических диспансеров, активное выявление и привлечение к лечению источников заражения и контактов больных сифилисом, профилактические обследования на наличие сифилиса у доноров, беременных, всех больных стационаров, работников пищевых предприятий и детских учреждений. По эпидемиологическим показаниям к обследованию могут привлекаться и так называемые группы риска в данном регионе (проститутки, бомжи, наркоманы и т.д.). Важным фактором профилактики трансфузионного сифилиса является исключение использования крови больных сифилисом в клинике и производстве препаратов крови. Профилактика бытового заражения детей заключается в раннем выявлении сифилиса у взрослых и проведении превентивного лечения детям. Большую роль в профилактике сифилиса играет санитарно-просветительная работа.

Личная (индивидуальная) профилактика сифилиса строится на исключении случайных половых связей и особенно беспорядочной половой жизни, использовании презервативов, аутопрофилактике венерических болезней с использованием готовых "карманных" профилактических средств, продающихся в аптеках (цидипол, мирамистин, гибитан и т.д.). Эта обработка эффективна в течение первых двух часов после возможного заражения, когда возбудители венерических болезней находятся еще на поверхности кожно-слизистого покрова.
Сифилис высококонтагиозноеы (высокий риск заболевания при половом контакте) заболевание в первичном и вторичном периоде. Если человек знает о своем заболевании, он обязательно должен предупредить своего партнера о своей болезни. Если вы не "уверены" в партнере, используйте презерватив. Беременным женщинам, болеющим сифилисом, показано кесарево сечение во избежание контакта ребенка с родовыми путями матери.

**Диспансерное наблюдение за переболевшим**

После окончания лечения больные сифилисом находятся под диспансерным наблюдением от 2 до 5 лет (в зависимости от стадии заболевания). В течение этого времени они подлежат клинико-лабораторному контролю каждые 3-6 мес. Снятие с учета проводится на основании комплекса критериев излеченности, включающих оценку качества проведенного лечения, результатов клинико-рентгенологического обследования, серологического и цитобиохимического обследования крови и спинномозговой жидкости.

**Исторический аспект.**Сифилис впервые привлек к себе внимание в конце XVв., когда в Европе разразилась его эпидемия, охватившая городских жителей и военных. Источник этой широко распространившейся вспышки остался неясным. Некоторые считают, что Колумб и его экипаж завезли из Америки какую-то особенно заразную форму сифилиса (The New York Times, October, 10, 1989, р. С13), тогда как, по мнению других, эта форма уже существовала в Европе (Catterall, 1974). Возбудитель сифилиса спиралевидный микроорганизм, называемый бледной спирохетой (Treponema pallidum), был идентифицирован в 1905 г.

Болезнь названа именем Сифилиса, пастуха, воспетого в мифологической поэме *Сифилис, или французская болезнь* (*Syphilis sive Morbus Gallicus* ). В этом произведении, написанном в 1530 итальянским врачом Дж.Фракасторо, возникновение сифилиса связывается с неблагоприятными астральными и атмосферными влияниями.

"Познав сифилис, вы познали медицину" - когда-то заявил один мудрый врач. Множество медицинских книг посвящено этой единственной теме. В прежние времена специалисты по кожным заболеваниям назывались дерматоло гами-венерологами, поскольку одно это заболевание обеспечивало их уни версальной практикой. На данной болезни специализируются как отдельные врачи, так и целые клиники. Сифилис был основным диагнозом у пациентов психиатрических больниц. Но с момента появления и внедрения в практику пенициллина заболеваемость резко снизилась.