

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Куратор клинической ординатур
профессор Карачева Ю.В.

Реферат на тему :

Сифилис. Этиология и патогенез . Клиническая картина .Значение
серологических реакций при диагностике сифилиса. Лечение

Специальность : дерматовенеролог
Выполнила:клинический ординатор 2 года
Фамилия: Сиротова
Имя :Александрина
Отчетво :Михайловна

2019 год

Содержание

1. Введение	3
2. ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	4
3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.....	4
4 Значение серологических реакций при диагностике.....	6
5. Лечение	10
6. Заключение.....	12
7.Список литературы....	13

введение

Сифилис — хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой. Сифилис имеет волнообразное течение со сменой активных и скрытых периодов, последовательным изменением клинической и патологоанатомической картины. При сифилисе поражаются кожа, слизистые оболочки, внутренние органы, нервная система. Клинические проявления варьируют от слабо выраженного воспаления до образования специфических глубоких инфекционных гранулем, сдавливающих и разрушающих органы и ткани.

Различают приобретенный и врожденный сифилис. Приобретенный сифилис подразделяют по клинической симптоматике, изменяющейся во времени, на инкубационный, первичный, вторичный и третичный периоды, врожденный сифилис — на ранний и поздний. Вопросы врожденного сифилиса подробно излагаются в курсе детской терапевтической стоматологии.

Бледная трепонема (возбудитель сифилиса) — факультативный анаэроб, имеет спиралевидную форму, хорошо подвижна. Во внешней среде малоустойчива к воздействию физических и химических факторов. Погибает при температуре 55°C в течение 25 мин. и при высыхании. Бледная трепонема может находиться в любых жидкостях и экссудатах. Моча, пот, слюна, слезная жидкость не содержат бледных трепонем, но возбудители могут присоединяться к физиологическим секретам и экскретам в выводных путях.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Возбудитель сифилиса относится к порядку Spirochaetales, семейству Spirochaetaeaceae, роду Treponema, виду Treponema pallidum, подвиду pallidum (син. Spirochaeta pallidum). Бледная трепонема легко разрушается под воздействием внешних агентов: высыхание, прогревание при 55 °С в течение 15 минут, воздействие 50–56° раствора этилового спирта. В то же время низкие температуры способствуют выживанию бледной трепонемы. Бледная трепонема представляет собой микроорганизм спиралевидной формы; число оборотов спирали от 8 до 12, ее завитки равномерны, имеют идентичное строение. Совершает характерные виды движения: вращательные, поступательные, волнообразные и сгибательные. Размножается преимущественно путем поперечного деления на два или несколько сегментов, каждый из которых вырастает затем во взрослую особь. Микроорганизм также может существовать в виде цист и L-форм. Циста является формой выживания бледной трепонемы в неблагоприятных условиях среды, рассматривается как стадия покоя T. pallidum и обладает антигенной активностью. L-форма является способом выживания бледной трепонемы, обладает слабой антигенной активностью. По данным официальной государственной статистической отчетности, эпидемиологическая ситуация по сифилису характеризуется постепенным снижением заболеваемости в целом по Российской Федерации (в 2009 году — 53,3 случая на 100 000 населения; в 2014 году — 30,7 случая на 100 000 населения). На фоне снижения общей заболеваемости сифилисом отмечается увеличение числа зарегистрированных случаев нейросифилиса с преобладанием его поздних форм (70,1%).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

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 трепонемотических антибактериальных препаратов по поводу интеркуррентных заболеваний.

первичный период сифилиса длится в среднем 6 — 7 недель. Характеризуется появлением на месте внедрения возбудителя в организм человека красного пятна, затем уплотнения, на поверхности которого вскоре образуется поверхностный (эрозия) или глубокий (язва) дефект. Образовавшаяся эрозия или язва имеет правильную округлую или овальную форму, цвет свежего мяса, поверхность её выглядит лакированной из-за скудного количества выделяющейся серозной жидкости. В этой жидкости в лаборатории легко обнаруживаются бледные спирохеты. В основании эрозии или язвы прощупывается уплотнение, иногда напоминающее хрящик. Наличие уплотнения и послужило основанием для обозначения проявления первичного сифилиса термином "твёрдый шанкр". Появление твёрдого шанкра — начало первичного периода. Расположение шанкров может быть самым различным, но чаще всего их обнаруживают на половых органах (более чем у 90% больных), в полости рта, в области лобка, на внутренней поверхности бёдер, у входа в прямую кишку, на молочных железах. Размер их колеблется от чечевицы до 10-копеечной монеты, иногда крупнее, количество — от 1 до 3 — 5, редко больше.

Как правило, твёрдый шанкр развивается безболезненно, без выраженных признаков острого воспаления вокруг дефекта, вследствие чего больные нередко принимают его за "пустяковую

царапину", не обращаются к врачу, а занимаются самолечением, применяют различные присыпки и мази. Вторым симптомом первичного сифилиса является увеличение близлежащих лимфатических узлов, или специфический бубон. Если, например, твёрдый шанкр находится на половом члене мужчины, то увеличиваются паховые лимфатические узлы сначала с одной стороны, а потом и с другой. Увеличение узлов происходит через 5 — 8 недель после появления шанкра. Они увеличиваются до размеров фасоли, сливы, иногда и больше, безболезненны, плотноэластической консистенции, подвижны, не спаяны ни с окружающими тканями, ни между собой. Кожа над ними не изменена. В настоящее время встречаются больные первичным сифилисом, у которых не выявляется увеличение регионарных лимфоузлов.

В зависимости от результатов серологического исследования крови первичный сифилис делят на первичный **серонегативный** (серо-отрицательный) и первичный **серопозитивный** (сероположительный). Серологические реакции крови становятся положительными лишь через 2 — 4 недели после появления первых признаков сифилиса. Первичный серопозитивный сифилис уже требует большего объёма лечения, чем серонегативный. Через 1 — 2 месяца после появления твёрдый шанкр даже без лечения заживает, на его месте может остаться маленький рубчик. Но это не значит, что сифилис прошёл сам по себе: на короткое время он перешёл в скрытую форму, во время которой идёт бурное размножение бледных спирохет. Этот латентный период заканчивается увеличением всех лимфатических узлов, нередко появлением недомогания, слабости, головных болей, субфебрильной температуры, болей в суставах, мышцах.

Вторичный период сифилиса начинается с появления сыпи и может длиться от 2 до 5 лет. При отсутствии лечения он характеризуется чередованием фаз активных высыпаний со скрытыми бессимптомными фазами. При первой волне высыпаний на коже туловища, конечностей и на слизистых оболочках появляется обильная яркая сыпь, состоящая чаще всего из пятен, реже из узелков (папул). В это время у больных остаются твёрдый шанкр или его остатки, признаки увеличения близлежащих лимфатических узлов). Пятнистая сыпь называется розеолезной, состоит из отдельных круглых розовых или розовато-красных пятен от 3 до 10 — 12 мм в диаметре. Пятна не возвышаются над уровнем кожи, не шелушатся, обычно не зудят и поэтому нередко остаются незамеченными больными. При надавливании сифилитическая розеола (ограниченное расширение кровеносных сосудов) исчезает, бледнеет, восстанавливаясь через несколько секунд. У нелеченных больных розеолезная сыпь существует от нескольких дней до 2 — 3 недель, иногда до 5 — 6 недель, а затем исчезает без следа. С момента исчезновения пятнистых и узелковых высыпаний вторичный сифилис вступает в скрытую фазу, продолжительность которой колеблется у различных больных. При отсутствии лечения наблюдается один или несколько возвратов (рецидивов) высыпаний на коже и слизистых оболочках. Обычно с каждым последующим рецидивом высыпаний остаётся всё меньше, а сыпь становится крупнее и группируется в виде дуг, кругов, гирлянд.

Для вторичного рецидивного сифилиса наиболее типичны папулёзные высыпания (встречаются у 80 — 90% больных). Папулы, расположенные в местах с повышенной потливостью и постоянно подверженные трению (в пахово-бедренной и межъягодичной складках, между пальцами ног, под молочными железами), постепенно изменяются и становятся мокнущими эрозивными, в отделяемом которых содержится огромное количество бледных спирохет. Больные с высыпаниями во рту, на половых органах, промежности очень заразны при половых и тесных бытовых контактах.

У женщин на 4 — 6-м месяце после заражения иногда развивается пятнистая лейкодерма (обесцвечивание) кожи на задней и боковых поверхностях шеи (так называемое "ожерелье Венеры"). Обесцвеченные пятна, окружённые участками усиленной пигментации, размером 3 — 10 мм в диаметре могут без изменения существовать несколько месяцев (иногда больше года) даже на фоне противосифилитического лечения. У таких больных обычно выявляются изменения в спинно-мозговой жидкости и признаки поражения центральной или вегетативной нервной системы.

У 15 — 20% больных вторичным сифилисом происходит рассеянное или мелкоочаговое

выпадение волос. При этом кожа не воспалена, не зудит, не шелушится, безболезненная. Этот симптом появляется обычно через 3 — 6 месяцев после заражения и быстро прогрессирует. Иногда одновременно выпадают ресницы, волосы бровей (наружные части бровей), усов, бороды. В процессе лечения волосы вновь отрастают, так как фолликулярный аппарат волоса при сифилисе не погибает. Нередко поражается слизистая оболочка полости рта (эритематозная, или папулёзная, сифилитическая ангина, папулы языка, щёк, нёба), особенно у курильщиков и алкоголиков. При поражении сифилисом голосовых связок голос становится хриплым, слабым. Больные с высыпаниями во рту заразны. Заразиться можно при поцелуях, через общую посуду, сигарету и т. д. Сифилис на этой стадии поражает все органы и системы организма.

При отсутствии лечения или недостаточном лечении первичного, вторичного и скрытого сифилиса он может спустя 3 — 5 лет от момента заражения перейти в **третичный период**, при котором наиболее часто поражаются кожа, кости и слизистые оболочки. Одновременно могут поражаться внутренние органы, крупные сосуды, нервная система. В активной стадии третичного сифилиса появляются бугорки и крупные узлы (гуммы), которые, распадаясь, образуют медленно заживающие язвы с образованием грубых рубцов. Они часто поражают слизистую оболочку и кости носа, мягкого нёба, язычок, вызывая разрушение этих тканей и их деформацию после рубцевания и нередко обезображивая лицо (западание носа, прободение твёрдого нёба, отсутствие язычка, разрушение нёбной занавески).

Сифилитическое поражение спинного и головного мозга может привести к развитию спинной сухотки и прогрессивного паралича. Бугорковые высыпания на коже оставляют пожизненный мозаичный рубец. Распад гуммы во внутренних органах, в особенности в сердце, аорте, мозге, мозжечке, желудке, может быть причиной тяжёлых последствий. Длительность третичного периода сифилиса при отсутствии лечения не ограничена. Больные на этой стадии менее заразны, чем больные ранними формами сифилиса.

Ещё с 15 в. был известен **врождённый сифилис**. При внутриутробном заражении в период формирования плаценты, беременность у больных женщин нередко заканчивается преждевременными родами мёртвого ребёнка; часть детей с врождённым сифилисом выживает, но, как правило, такие дети недоразвиты в физическом и умственном отношении. Они ослаблены, плохо развиваются, отстают в росте и массе тела, беспокойные, подкожная клетчатка у них слабо выражена. У 4/5 детей с **ранним врождённым сифилисом** имеются изменения в костях, часто поражаются глаза, печень и селезёнка, сердечно-сосудистая система. Иногда развивается водянка головного мозга, сифилитическое воспаление мозговых оболочек. У детей в возрасте от 1 до 2 лет врождённый сифилис проявляется папулёзными высыпаниями. Крупные папулы располагаются вокруг заднего прохода, в области половых органов, ягодиц, реже на слизистой рта, гортани, носа. Могут поражаться кости, печень, селезёнка.

Поздний врождённый сифилис выявляют в 15 — 16 лет и позже. Он проявляется поражением глаз, вплоть до полной слепоты, поражением внутреннего уха (сифилитический лабиринт с необратимой глухотой) или характерным изменением формы зубов (появление полулунной выемки по свободному краю верхних резцов). Одновременно могут формироваться гуммы внутренних органов, кожи. Диагноз позднего врождённого сифилиса ставится при наличии одного из перечисленных достоверных признаков, а также одного или нескольких вероятных признаков ("саблевидные" голени, радиарные рубцы вокруг рта, "ягодицеобразный череп" и др.). Очень важно как можно раньше выявить поздний врождённый сифилис и начать лечение, иначе ребёнок может потерять зрение или слух.

серологических реакций при диагностике

Серологические исследования при сифилисе имеют большое значение. Вопросы диагностики, профилактические мероприятия, проведения и оценки эффективности терапии и т.д. не могут решаться без помощи серологических исследований.

Практическая ценность серодиагностики велика, потому что положитель-ные серологические реакции в большинстве случаев указывают на несомненный сифилис даже в отсутствии клинических явлений.

Особое значение методы серодиагностики имеют:

При проведении профилактических мероприятий:

- Серологическом обследовании больных соматических стационаров

-Обследование доноров-

- Беременных

-Лиц, поступающих на работу

-Работников детских учреждений

-Пищевой промышленности

-При первичном периоде сифилиса.

-При скрытом сифилисе раннем и позднем, когда клинические явле-ния отсутствуют.

-При заболевании внутренних органов и нервной системы.

-При снятии с учета больных сифилисом, закончивших лечение.

-При контроле и оценке результатов терапии.

-При всех заболеваниях неясной этиологии и подозрительных на си-филис.

Для серодиагностики сифилиса используется следующий комплекс реакций:

- Прямые и не прямые (косвенные)
- Трепонемные (специфические) и нетрепонемные (неспецифические)
- Отборочные (скрининговые) и подтверждающие (диагностические)
- Приборные, бесприборные.

I. Отборочные реакции (поисковые)

1.1. Микрореакция преципитации с кардиолипидным антигеном с плазмой крови и инактивированной сывороткой. Качественный и количественный метод.

1.2. Реакция ВДРЛ-латекс-агглютинация.

Механизм РАЛ аналогичен РИГА, в которой используют сенсibilизированные антигенами или антителами эритроциты человека или животных. Для постановки РАЛ применяют сенсibilизированные частицы полистирольного латекса, которые в присутствии гомологичного реагента склеиваются. Обычно эта реакция проходит очень быстро (3...8 мин), что позволяет применить ее в качестве экспресс-метода для выявления антигенов и антител.

Преимущества РАЛ в том, что частицы латекса в отличие от эритроцитов не имеют перекрестно реагирующих антигенов, поэтому она специфичнее РИГА.

1.3. Реакция преципитации - микрофлюкуляции - РПР.

РПР (от лат *praecipilo* осаждать) - это формирование и осаждение комплекса растворимого молекулярного антигена с антителами в виде помутнения, называемого преципитатом. Он образуется при смешивании антигенов и антител в эквивалентных количествах, избыток одного из них снижает уровень образования иммунного комплекса. Реакцию преципитации ставят в пробирках (реакция кольцепреципитации), в гелях, питательных средах и др. Широкое распространение получили разновидности реакции преципитации в полужидком геле агара или

агарозы двойная иммунодиффузия по Оухтерлони, радиальная иммунодиффузия, иммуноэлектрофорез и др.

II. Диагностические реакции:

2.1. РСК - реакция связывания комплемента с трепонемным и кардиолипидным антигенами (реакция Вассермана). Качественная и количественная методики постановки. Термостатная и на холоде (реакция Колмера).

2.2. РНГА - реакция непрямой гемагглютинации. Качественный и количественный метод.

III. Специфические реакции:

3.1. Реакция иммунофлюоресценции - РИФ.

РИФабс - с абсорбцией; РИФ 200.

3.2. Реакция иммобилизации бледных трепонем- РИБТ.

серологический метод диагностики сифилиса, основанный на феномене обездвиживания бледных трепонем при добавлении к их взвеси сыворотки крови больного сифилисом.

Прямые трепонемные методы диагностики позволяют обнаружить возбудитель непосредственно в биоматериале. Такими методами являются темнопольная микроскопия, заражение материалами кроликов, культуральные методы, ПЦР-диагностика.

Наиболее распространённым является сочетание кардиолипидного теста с трепонемным иммуноферментным анализом (ИФА). Если оба эти анализа положительны, то лабораторные данные будут трактоваться как подтверждение диагноза сифилиса. Если оба анализа отрицательные, то при отсутствии других проявлений заболевания, считается, что человек сифилисом не болен. Если кардиолипидный тест отрицательный, а ИФА положительный, то можно предположить, что человек когда-то переболел сифилисом. При положительном кардиолипидном тесте и отрицательном ИФА нужно повторить анализ. Такое сочетание может быть вызвано особенностями состояния иммунной системы человека (наличием ВИЧ-инфекции, вирусов гепатита, перестройкой организма в связи с беременностью и пр.)

Каждый из этих методов имеет свои специфические недостатки, которые ограничивают его массовое применение. Метод темнопольной микроскопии может обнаружить возбудитель только при свежем сифилисе, и с его помощью невозможно оценить динамику и эффективность лечения. Методика заражения сифилисом кроликов является дорогостоящей и медленной, и также не позволяет в динамике оценивать состояние больного. Выращивание бледной трепонемы на искусственных средах крайне затруднительно, в связи с чувствительностью возбудителя к условиям среды. Метод ПЦР диагностики позволяет эффективно обнаруживать возбудитель только при первичном и вторичном сифилисе, тест-системы относительно дороги, и исследования эффективности данного метода в диагностике сифилиса ещё продолжаются. Таким образом, мы видим, что методы прямой диагностики мало применимы в клинической практике, в связи с чем основой диагностики являются различные серологические методики (непрямые)

В соответствии с действующим приказом МЗ РФ № 87 от 26.03.2001 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» при серо- и ликвородиагностике сифилиса допускается использование следующих реакций^[57].

- Микрореакции преципитации — микроосадочной реакции, МОР (непрямой скрининговый метод)
- Реакции прямой гемагглютинации (РПГА)
- Реакции иммунофлюоресценции (РИФ)
- Реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ)
- Иммуноферментный анализ не требует отдельной регламентации в связи с чем в приказе № 87 не указан.

Следует отметить, что ни один из методов диагностики не гарантирует 100 % обнаружения возбудителя. Чувствительность методов составляет 90-98 %, поэтому установить верный диагноз с очень высокой степенью достоверности может одновременное использование двух различных методов исследования

Диагноз сифилис ставится на основании данных анамнеза, в частности, эпиданамнеза, тщательного изучения клинической картины, и подтверждается лабораторными исследованиями крови и некоторых других сред больного (спинномозговой жидкости).

Данные серологического исследования крови больного в первичном периоде заболевания сифилисом не так важны для диагностики, но для установления длительности срока лечения и наблюдения они имеют исключительное значение. В первые 15-17 дней после появления твердого шанкра комплекс серологических реакций обычно отрицательный. В дальнейшем он переходит в положительный, причем процент положительных результатов возрастает с увеличением срока, прошедшего с начала появления шанкра до момента повторного исследования крови. Первые пять-шесть недель заболевания реакции положительны в 0,25%, на 7-8 неделе - 75-80 %, на 9-10 неделе - в 100% случаев.

Диагноз первичного серонегативного сифилиса ставится на основании отрицательных стандартных серологических реакций без учета РИФ и реакций Колмера.

Если комплекс серореакций однократно дал слабоположительный результат, то диагностируется первичный серопозитивный сифилис.

Отрицательная реакция Вассермана при первичном сифилисе имеет лишь относительное значение. Однако слабоположительной и сомнительной реакции следует признавать лишь в том случае, если при повторном исследовании (через одну неделю) наблюдается некоторое усиление реакции. Если усиления нет и реакция стала отрицательной, то сифилитическую природу заболевания, по всей вероятности, можно исключить.

При вторичном свежем сифилисе классические серологические реакции положительны почти в 100% случаев.

Большое значение серологические исследования имеют тогда, когда обнаружение бледных трепонем затруднено или невозможно, например, при распознавании некоторых нетипичных высыпаний на коже и слизистых оболочках. Повторно положительные серореакции до некоторой степени подтверждают сифилитическое происхождение этих высыпаний, а отрицательные, также повторно взятые, исключают сифилис.

Отрицательные результаты серореакций при свежем нелеченом вторичном сифилисе наблюдаются очень редко.

При вторичном рецидивном сифилисе КСР положителен в 98-100% случаев. Исключение составляет злокачественный сифилис у истощенных лиц с моносимптомными проявлениями.

При лечении таких больных реакции часто становятся положительными.

РИФ при вторичном свежем и вторичном рецидивном сифилисе положительна почти в 100%, а РИБТ - в 85-95% случаев.

При третичном активном сифилисе комплекс серореакций (КСР) положителен у 70-75% больных. РИФ и РИБТ положительны в 75-80% случаев. В этой стадии сифилиса с помощью серологических исследований проявления сифилиса дифференцировать от опухолей и некоторых проявлений туберкулеза (волчанка, скрофулодерма). Диагностическое значение серологических исследований крови при третичном сифилисе бесспорно, так как в это время бледная трепонема бактериоскопически обычно не обнаруживается. Учитывая, что в 25-30% случаев третичного сифилиса серологические реакции могут быть отрицательными, всех больных с неясной клинической картиной следует подвергать тщательному клинико-лабораторному и рентгенологическому обследованию (обследование невропатологом,

окулистом с обращением на состояние глазного дна, рентгенография костной системы и аорты, исследования спинномозговой жидкости), необходимо искать следы ранее активных проявлений (плотные лимфоузлы, стойкие костные изменения, лейкодерма, рубцы, характерные для сифилиса и т.д.), а иногда назначать пробное лечение.

Наибольшее значение серологические исследования крови приобретают при скрытом сифилисе, так как какие-либо наружные проявления сифилиса в это время отсутствуют.

В последние годы во всех странах наблюдается рост заболеваемости скрытым сифилисом.

Скрытый сифилис стал чаще выявляться не только в связи с ростом заболеваемости, но и потому что диагностика его стала более совершенной благодаря появлению новых, более чувствительных серологических реакций (РСК на холоде - р.Колмера, РНГА, РИФ, РИБТ).

Скрытый сифилис представляет двойную опасность: во-первых, для окружающих, так как такой больной может служить источником заражения; во-вторых, для самих больных, у которых поздние сроки могут возникнуть тяжелые осложнения.

В скрытом периоде сифилиса серореакции бывают положительными в 40-96% случаев в зависимости от длительности заболевания, интенсивности предшествующей терапии и т.д.

Диагностическое значение при этой форме сифилиса имеют только положительные результаты реакции, отрицательные же роли не играют. Слабоположительные результаты реакций у больных без клинических проявлений и без сифилиса в анамнезе надо оценивать с осторожностью, так как такие реакции могут иметь неспецифический характер (малярия, туберкулез, лейкоциемические заболевания, опухоли в стадии распада, желтуха, диабет, хр. эндокардит, подагра и т.д.). У больных ранним скрытым сифилисом стандартные серологические реакции обычно бывают резко положительными (4+) с обоими антигенами и титр их чаще высокий - 1:120, 1:160, 1:240, 1:320.

У больных поздним скрытым сифилисом также серологические реакции резко положительные, но титр их более низкий - 1:5, 1:10, 1:20.

В процессе специфического лечения у больных ранним сифилисом наблюдается тенденция к более быстрой негативации стандартных серологических реакций (после 1-2 курсов). У больных поздним скрытым сифилисом серологические реакции негативируются более медленно (после 3-5 курсов), а нередко остаются положительными, несмотря на полноценное противосифилитическое лечение, то есть сохраняется резистентность.

Если не представляется возможным провести исследование крови на РИФ и РИБТ, то диагноз скрытого сифилиса может быть поставлен лишь после получения двукратного

резкоположительного результата (4+) КСР с обязательным определением титра реактивов.

Таким образом, с целью своевременного выявления больных сифилисом рекомендуется пользоваться современными методами серологических исследований.

Лечение сифилиса

Лечение сифилиса проводят после установления диагноза. Начинать лечение необходимо как можно раньше, что обуславливает важность своевременной диагностики и возможность госпитализации больного. Терапия должна быть комплексной, помимо специфических препаратов, действующих непосредственно на бледную трепонему, нужно, особенно в более поздних стадиях заболевания сифилисом, широко применять методы неспецифической патогенетической терапии, направленной на повышение сопротивляемости организма, устранение выявленной патологии.

В процессе лечения необходим тщательный контроль за общим состоянием больного, переносимостью применяемых препаратов. Один раз в 10 дней делают общий анализ крови и мочи. Современные методы лечения больных сифилисом достаточно эффективны и обеспечивают излечение почти всех пациентов. Отрицательные результаты РИБТ и РИФ после окончания лечения являются одним из критериев его эффективности.

После окончания полноценного лечения пациент должен находиться под диспансерным наблюдением, продолжительность которого зависит от стадии болезни до начала лечения (обычно в течение 3-х лет).

Заключение.

Современные достижения медицинской науки позволяют эффективно излечивать венерические болезни. Все зависит от своевременности обращения к врачу, аккуратности лечения, доведения его до конца. В России имеются все условия для полной ликвидации венерических болезней. В годы Советской власти была создана большая сеть кожно-венерологических диспансеров и стационаров, кожно-венерологических отделений и кабинетов в поликлиниках и амбулаториях. Почти во всех республиканских и некоторых областных центрах были открыты научно-исследовательские кожно-венерологические институты. Во всех лечебно-профилактических учреждениях РФ проводятся одновременно и лечебные мероприятия в отношении выявленных больных, и все меры профилактики венерических болезней: выявление и привлечение к лечению лица, заразившего другого человека; обследование членов семьи заболевшего и всех, с кем он имел контакт; госпитализация всех больных заразной формой сифилиса; обеспечение в необходимых случаях профилактической противовенерической помощи в специальных учреждениях. Благодаря этому заболеваемость венерическими болезнями в нашей стране значительно снизилась.

Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует следующие меры по борьбе с заболеваниями, передающимися половым путем:

- пропаганда безопасного секса
- широкое распространение и доступность презервативов
- осуществление задач по выявлению и лечению ЗППП всеми основными службами здравоохранения
- высокое качество ведения случая заболевания ЗППП, включая использование соответствующих лекарств, консультирование, пропаганда презервативов и лечение сексуальных партнеров
- пропаганда раннего обращения за медицинской помощью пациентов с ЗППП и их партнеров
- выявление на ранних стадиях «скрытых» заболеваний, например сифилиса во время беременности

Список литературы.

1. Овчинников Н.М., Беднова В.Н. “Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем” М.: Медицина, 1987.
2. Овчинников Н.М. “Сифилис” М.: Медицина, 1987.
3. Васильев Т.В. “Значение серологических реакций в клинике” М.: Медицина, 1987.
4. Павлов С.Т. “Кожные и венерические болезни” М.: Медицина, 1989.
5. Биргер М.О. “Микробиологические и вирусологические методы исследования” М.: Медицина, 1992.
6. Инфекции, передаваемые половым путем / Под ред. В.А. Аковбяна, В.И. Прохоренкова, Е.В. Соколовского. М.: Медиасфера, 2007. С. 324—337
7. Чеботарев В.В., Чеботарева Н.В. Последствия эпидемии сифилиса в России и пути ее решения. Совр пробл дерматовенерол иммунол врач косметол 2010; 5: 5—9.

Рецензия

Реферат ординатора Сиротовой А.М на тему «Сифилис. Этиология и патогенез . Клиническая картина .Значение серологических реакций при диагностике сифилиса. Лечение» освещает непростую проблему, которая актуальна в современном мире , поскольку затрагивает социальную проблему граждан .

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факто, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей . Реферат написан хорошим литературным языком, оформлен в соответствии с требованиями : титульный лист, план- оглавление со страницами, введение, этиология и эпидемиология ,клиника , значение серологических реакций при диагностике лечение , заключение, списки литературы, ссылки на использованную литературу в соответствии со стандартами. Материал представлен в печатной форме на 13 листах.

Работа выполнена на хорошем уровне и заслуживает оценки «отлично».

Проверил: д.м.н. профессор Карачева Ю.В.

Подпись: