

Алгоритм рациональной дифференциальной диагностики сифилиса и гонореи

Есенбаев Асқат

- **Сифилис** — инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*), передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

Сифилис скрытый ранний — это разновидность сифилиса, принимающая латентное течение с момента заражения, без клинических признаков болезни, с положительными серологическими реакциями с давностью инфекции до 2-х лет.

- **Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек** - это разновидность сифилиса, для которого характерна специфическая сыпь - пятнистые, папулезные, пустулезные и везикулезные сифилиды на коже и/или слизистых оболочках (диффузные и локальные розеолезные и папулезные сифилиды); лейкодерма (пятнистая, сетчатая, мраморная); алопеция (мелкоочаговая, диффузная, смешанная).
- На фоне вторичных кожных проявлений могут развиваться ранние висцеральные поражения - кардиоваскулярный сифилис, гепатит, гастрит и др., поражения опорно-двигательного аппарата (ночные боли в длинных трубчатых костях конечностей, синовиты, остеоартриты).

Этиология и эпидемиология сифилиса

- **Возбудитель сифилиса** - бледная трепонема (*Treponema pallidum*, длина –14 мкм, ширина – 0,2 мкм). Трепонема снабжена жгутиками и может передвигаться. Слабоустойчива в окружающей среде.
- **Пути заражения:**
 - 1) прямой (половой и внеполовой контакт – укусы, медицинские манипуляции)
 - 2) непрямым (бытовой контакт через предметы обихода – посуда, предметы личной гигиены).
- **Источники инфекции:** слюна, моча, кровь, сперма, материнское молоко.
- **Патогенез:** инфицирование происходит только при наличии микротравм на коже и слизистых. Через неповреждённые кожные покровы трепонема не проникает!

Классификация

Выделяют 5 форм сифилиса.

- Первичный сифилис (первичный сифилитический комплекс);
- Вторичный сифилис (вторичный рецидивный сифилис);
- Третичный сифилис (висцеральный);
- Нейросифилис (спинная сухотка, прогрессивный паралич);
- Врожденный сифилис (ранний и поздний).

ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС

Инкубационный период – около 3 недель.

Через 2-3 недели возникает первичный сифилитический комплекс:

- **первичный аффект** (твёрдый шанкр - безболезненная округлая язва диаметром до 2 см с приподнятыми плотными краями , гладким блестящим дном медно-красного цвета);
- **Лимфангит**;
- **Лимфаденит** - сифилитический бубон.

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС

Развивается через 1,5 – 2 месяца после первичного сифилиса. Характеризуется общей генерализацией процесса, которая проявляется поражением кожи и слизистых (вторичные сифилиды):

- Розеолы;
- Папулы;
- Пустулы;
- Гиперпластические разрастания (широкие кондиломы);
- Очаговая аллопеция (выпадение бровей, ресниц);
- Очаговая депигментация («ожерелье венеры»).

ТРЕТИЧНЫЙ СИФИЛИС

Развивается примерно через 5 лет от начала заражения. Характеризуется следующими проявлениями:

- малочисленностью сифилидов;
- глубиной и тяжестью разрушительных процессов в местах сифилидов;
- поражением внутренних органов и нервной системы;
- незаразительностью;
- специфическим гранулематозным характером воспаления (гуммы).

Ранний нейросифилис (в первые 5 лет болезни)

- Асимптомный менингит.
- Острый сифилитический менингит.
- Хронический сифилитический менингит.
- Сифилитический менинго-миелит.
- Гуммы головного и спинного мозга.
- Гуммы спинного мозга.
- Сифилитический васкулит головного мозга.
- Сифилитический васкулит спинного мозга.
- Поражение периферических нервов (сифилитический полиневрит).

Поздний нейросифилис (после 5 лет болезни)

Сухотка спинного мозга. Проявления :

- дистрофия, некроз, атрофия задних столбов и корешков спинного мозга
- боли, трофические язвы, паралич нижних конечностей.

Прогрессивный паралич. Проявления :

- воспаление мягкой мозговой оболочки лобной и височной долей
- гибель большого количества нервных клеток и опустошение коры головного мозга
- пролиферация глии
- тяжелые психические расстройства, истощение, смерть.

Диагностический алгоритм:

Цель обследования	Рекомендуемые тесты	Результат исследования	Заключение
<p>Диагностика скрытых форм приобретенного сифилиса, дифференциальная диагностика скрытого сифилиса и ложноположительных результатов нетрепонемных и трепонемных тестов</p>	<p>1. Нетрепонемный (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) тест в количественном варианте постановки /</p>	положительный/положительный	диагноз подтвержден
		отрицательный/положительный	диагноз подтвержден
	<p>2. Два трепонемных теста (РПГА, ИФА_{IgM+IgG}, РИФ_{abc/200}, РИТ, ИБ, ИХЛ). Возможны различные варианты комбинаций из перечисленных тестов, но обязательно применение - не менее двух.</p>	отрицательный/отрицательный	диагноз не подтвержден

Дифференциальная диагностика язвенной формы первичного сифилиса:

Диагностические признаки язвы	Твердый шанкр	Травматическая язва
Субъективные признаки	Безболезненная	Болезненная
Излюбленная локализация	Красная кайма губ, СО языка, небные миндалины	СО боковой поверхности языка, десневой край
Форма	Округлая или овальная, блюдецобразная	Округлая или конусовидная
Края	Гладкие, ровные, приподнятые	Фестончатые, резко уплотненные, приподнятые
Дно	Ровное, блестящее мясо-красного цвета или покрытые серовато- желтым <сальным> налётом	Зернистое с очагами кровоизлияний и фибринозным, серым налетом
Основание	Плотное, склерозированное	Плотное
Лимфатические узлы	Хрящевинной консистенции, безболезненные	Увеличенные, болезненные, подвижные

Дифференциальная диагностика вторичного сифилиса

Диагностические признаки	Вторичный сифилис	ОГС и ОАС	Аллергический стоматит	Пузырчатка
Этиология	Бледная трепонема	Вирус простого герпеса	Аллергены на фоне сенсibilизации организма	Полностью не выяснена
Патогенез	Хроническое заболевание с волнообразным течением	Протекает по принципу острого неспецифического воспаления	Протекает по принципу аллергической реакции	Хроническое, неподдающееся лечению заболевание
Особенности клинических проявлений	Розеола, папулы, пустулы, эрозии на СОПР и коже	Пузырьки, эрозии, корки на СОПР и коже околоротовой области	Пятна, пузырьки, эрозии, корки на СОПР и коже	Пузыри, эрозии, корки на СОПР и коже
Лимфатические узлы	Хрящеподобной консистенции, безболезненны	Увеличены, болезненны	Увеличены, болезненны	Не увеличены
С-м Никольского	-	-	-	+
Цитологические и микробиологические исследования	Бледная трепонема	Гигантские многоядерные клетки	Значительное количество эозинофилов	Аконтолитические клетки или клетки Тцанка
Реакция Вассермана	+	-	-	-
Аллергические пробы	-	-	+	-



Определение

- **Гонорея** - это инфекционное заболевание, передающееся преимущественно половым путем (контактный путь - при передаче от матери к новорожденному в родах), характеризующееся поражением слизистых мочеиспускательного канала и цервикального канала, что проявляется нарушением мочеиспускания (в основном у мужчин) и воспалением шейки матки - у женщин
- Гонорея распространена в основном среди лиц 20-30 лет, однако может встречаться в любом возрасте



Классификация

Классификация гонореи включает следующие формы:

- Свежая гонорея
 - Острая гонорея
 - Подострая гонорея
 - Вялая гонорея
- Хроническая гонорея
- Латентная (асимптомная) гонорея



Пути заражения

- Наиболее распространенный путь заражения – половой. Хотя заражение возможно при любом контакте слизистых здорового человека с секретом слизистых или спермой инфицированного человека
- Вероятность заразится при оральном сексе несколько ниже, но не исключена
- Заразится гонореей бытовым путем достаточно сложно, хотя бактерия может сохраняться на неповрежденной, сухой коже около 4 часов
- Гонорея передается от больной матери к ребенку при прохождении через родовые пути, что может привести к развитию заболеваний глаз, пневмонии и другим серьезным состояниям
- Полное излечение от гонореи не исключает повторного заражения!



Инкубационный период гонореи

- у женщин – от 5 до 10 суток
- у мужчин обычно составляет от 2 до 5 суток
- при бленнорее - от нескольких часов до 2-3 дней

Симптомы гонореи



□ Симптомы гонореи у женщин:

- желтовато-белые выделения из влагалища
- болезненность и чувство жжения при мочеиспускании
- кровянистые выделения в межменструальный период
- боль в нижних отделах живота и пояснице
- дискомфорт при половом акте

У большинства женщин инфекция протекает бессимптомно!

Симптомы гонореи

- Симптомы гонореи у мужчин:
 - желтовато-белые выделения из мочеиспускательного канала
 - Боль и чувство жжения при мочеиспускании
 - частые позывы на мочеиспускание
 - Болезненность и припухлость яичек

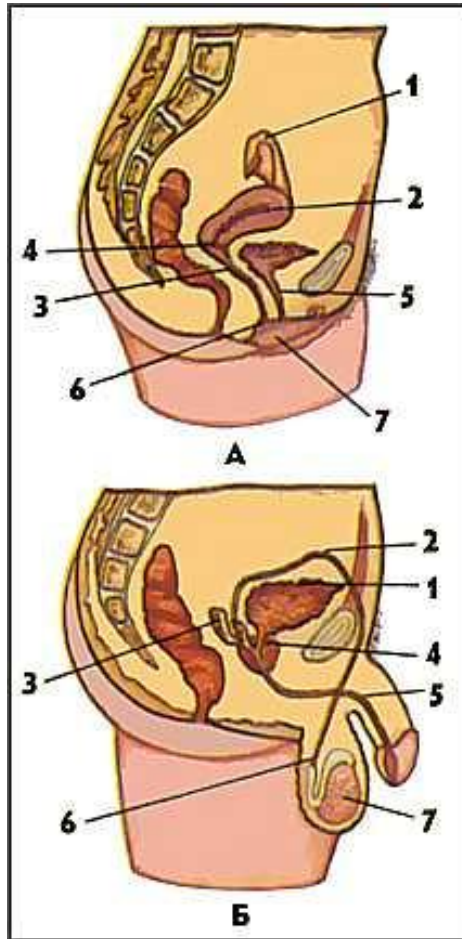
Нередко протекает бессимптомно!



Симптомы гонореи

- Гонококковый фарингит (поражение глотки) часто протекает бессимптомно. Иногда он проявляется болью в горле
- Гонококковый проктит (поражение прямой кишки) обычно протекает бессимптомно. Возможна боль в прямой кишке, зуд и выделения из прямой кишки
- Гонококковый фарингит и гонококковый проктит встречаются как у мужчин (преимущественно гомосексуальной и бисексуальной ориентации), так и у женщин

Зоны поражения при заражении гонореей



- У женщин:
 - 1 - фаллопиева труба
 - 2 - матка
 - 3 - шейка матки
 - 4 - перешеек матки
 - 5 - мочеиспускательный канал
 - 6 - влагалище
 - 7 - малые половые губы
- У мужчин:
 - 1 - мочевой пузырь
 - 2 - семявыводящий проток
 - 3 - семенной пузырьёк
 - 4 - предстательная железа
 - 5 - мочеиспускательный канал
 - 6 - придаток яичка
 - 7 - яичко

Особенности гонореи женщин

- Заболевание независимо от длительности остается **субъективно бессимптомным**. Durel (1957) называет такую гонорею "немой". Частота субъективно асимптомной гонореи составляет от 75-77,6%
- Несколько реже гонорея с самого начала протекает вяло (так называемая торпидная гонорея), воспалительные явления в гениталиях почти отсутствуют. Торпидное течение гонореи обусловлено снижением реактивности макроорганизма, изменением биологических свойств гонококков, особенно под влиянием антибиотикотерапии
- Одной из причин вялого течения гонореи может быть понижение функции яичников, которое проявляется снижением экскреции суммы эстрогенов и их фракций. С. А. Артемьев (1954) отмечал, что большую роль в торпидном течении гонореи у женщин играют неадекватные дозы сульфаниламидов, которые снижают вирулентность гонококков и остроту воспалительного процесса. Немаловажное значение имеет и образование L-форм гонококка. Такие больные очень опасны в эпидемиологическом отношении

Особенности гонореи женщин

- **Отличительной чертой гонореи у женщин** является то, что в момент заражения инфицируется сразу или последовательно несколько органов, т. е. у 60-62,8% развивается многоочаговое поражение
- Гонококки удается обнаружить только в отделяемом уретры у 8-14%, только в цервикальном канале - у 31,7-23,3%, только в отделяемом больших вестибулярных желез - у 0,1% и только в нижнем отрезке прямой кишки - у 0,3-5,2% больных
- Гонорейное поражение уретры, шейки матки и прямой кишки чаще не вызывает заметных общих явлений, переход процесса за внутренний зев на тело матки и ее придатки обычно сопровождается более или менее значительными нарушениями общего состояния: болями внизу живота, повышением температуры, изменением гемограммы
- Такое течение заболевания дало повод выделить **гонорею нижнего отдела** (уретрит, парауретрит, бартолинит, вестibuлит, цервицит, эндоцервицит, проктит) и **гонорею верхнего отдела половых органов**, или восходящую гонорею (эндометрит, метроэндометрит, аднексит, пельвиоперитонит)
- Инкубационный период колеблется от 3 до 5 дней, но в последнее время нередко равен 14-15 дням. Женщина часто не может указать дату инфицирования из-за бессимптомности процесса

Особенности гонореи женщин

- **Второй особенностью** гонореи у женщин является то, что она часто протекает как смешанная инфекция
 - заболевание обусловлено гонококками и влагалищными трихомонадами у 70-80% больных
 - гонококки в ассоциации с влагалищной трихомонадой обнаруживаются у 96% больных острой восходящей гонореей и у 46-50% беременных, больных. При электронно-микроскопическом исследовании было установлено, что при смешанной гонорейно-трихомонадной инфекции происходит фагоцитоз гонококков влагалищными трихомонадами (эндоцитобиоз). "Переживание" гонококками антибиотикотерапии и их размножение в трихомонадах позволяют рассматривать трихомонаду как резервуар гонококковой инфекции.
 - смешанная гонорейно-кандидозная инфекция выявляется у 19,8-30% обследуемых. Одновременное заболевание гонореей, кандидозом и трихомонозом диагностируется у 10,8% больных
 - необходимо помнить о возможности одновременного заражения гонореей и сифилисом
 - сочетание гонореи с уреаплазменной инфекцией в 40-80% случаев
- Смешанная инфекция изменяет клиническое течение гонореи, затрудняет ее диагностику, приводит к удлинению инкубационного периода, постгонорейным процессам и рецидивам, что требует многократных лабораторных исследований с провокациями и культуральной диагностикой