

Третичный период сифилиса

- Возникает через 5-10 лет после заражения
- Развивается у 5-40% больных
- Отсутствие полноценного лечения ранних форм сифилиса
- Заражение в раннем детском или пожилом возрасте
- Сопутствующие заболевания, травмы, хронические интоксикации
- Плохие социально-бытовые условия, тяжелая умственная и физическая работа, плохое питание
- Комплекс проявлений: бугорковый или гумозный сифилид, поздняя розеола Фурнье

- Согласно 10-ой Международной классификации болезней третичный сифилис относят к поздним формам сифилиса.
- Клинически и серологически выделяют:
- Поздний доброкачественный сифилис, включающий бугорковый и гумозный сифилис костей, суставов и других органов.
- Кардиоваскулярный сифилис.
- Нейросифилис

Третичный период сифилиса характеризуется:

- волнообразным течением - сменой клинически выраженных симптомов и периодов их полного отсутствия
- уменьшением напряженности гуморального иммунитета (при активном сифилисе РСК + в 60-70%, при скрытом – 50%; РИФ и РИБТ 100%)
- изменением иммунологической реактивности организма, связанной с нарастанием аллергии
- поражением внутренних органов и центральной нервной системы.

Особенности третичных сифилидов

- Возникают медленно
- Не имеют признаков воспаления
- Не сопровождаются субъективными расстройствами
- Образуются на основе плотного инфильтрата, представляющего собой инфекционную гранулему
- Возникают на ограниченных участках
- Имеют тенденцию к группировке
- Цикл развития без лечения длительный (4-6 мес.)
- Недоброкачественное деструктивное течение с тенденцией к распаду и образованию рубцов
- Рубцы повторяют предсуществующие элементы
- Высыпания на рубцах не образуются
- Малое количество *Tr. Pallidum*

- Поздняя сифилитическая розеола (эритема) Фурнье-

располагается симметрично на туловище в виде бледно-розовых колец диаметром 5-15 см, которые могут сопровождаться шелушением, а после разрешения, оставлять нежную атрофию кожи.

Разновидности бугоркового сифилида:

- 1. Сгруппированный бугорковый сифилид
(*syp.tuberculosa agregata*)
- 2. Серпигинирующий бугорковый сифилид
(*syp.tuberculosa serpiginosa*)
- 3. Бугорковый сифилид «площадкой»
(*syp.tuberculosa en nappe*)
- 4. Карликовый бугорковый сифилид
(*syp.tuberculosa nana*)

Сгруппированный бугорковый сифилид –

- Наиболее частая разновидность бугоркового сифилида.
- Проявления напоминают выстрел дробью.
- Бугорки (до 40 шт.) при этом располагаются изолированно («фокусное» расположение), но близко друг от друга. Между бугорками имеются прослойки непораженной нормальной кожи.
- Чаще локализуются на коже разгибательных поверхностей конечностей, носа, лба, в области лопаток, поясницы.
- Бугорки возникают толчкообразно, отдельными последовательными вспышками, поэтому бугорки находятся на разных этапах развития и все представляет довольно пеструю картину: наряду с только появившимися бугорками можно видеть изъязвленные и покрытые корочкой элементы.
- Образующийся на месте сгруппированного бугоркового сифилида рубец также имеет «фокусный» характер, причем отдельные мелкие рубчики отличаются и по цвету (интенсивность пигментации), и по рельефу (глубокие и поверхностные). Пестрота в цвете и рельефе дала основание сравнить такой рубец с мозаикой и назвать его «мозаичным».



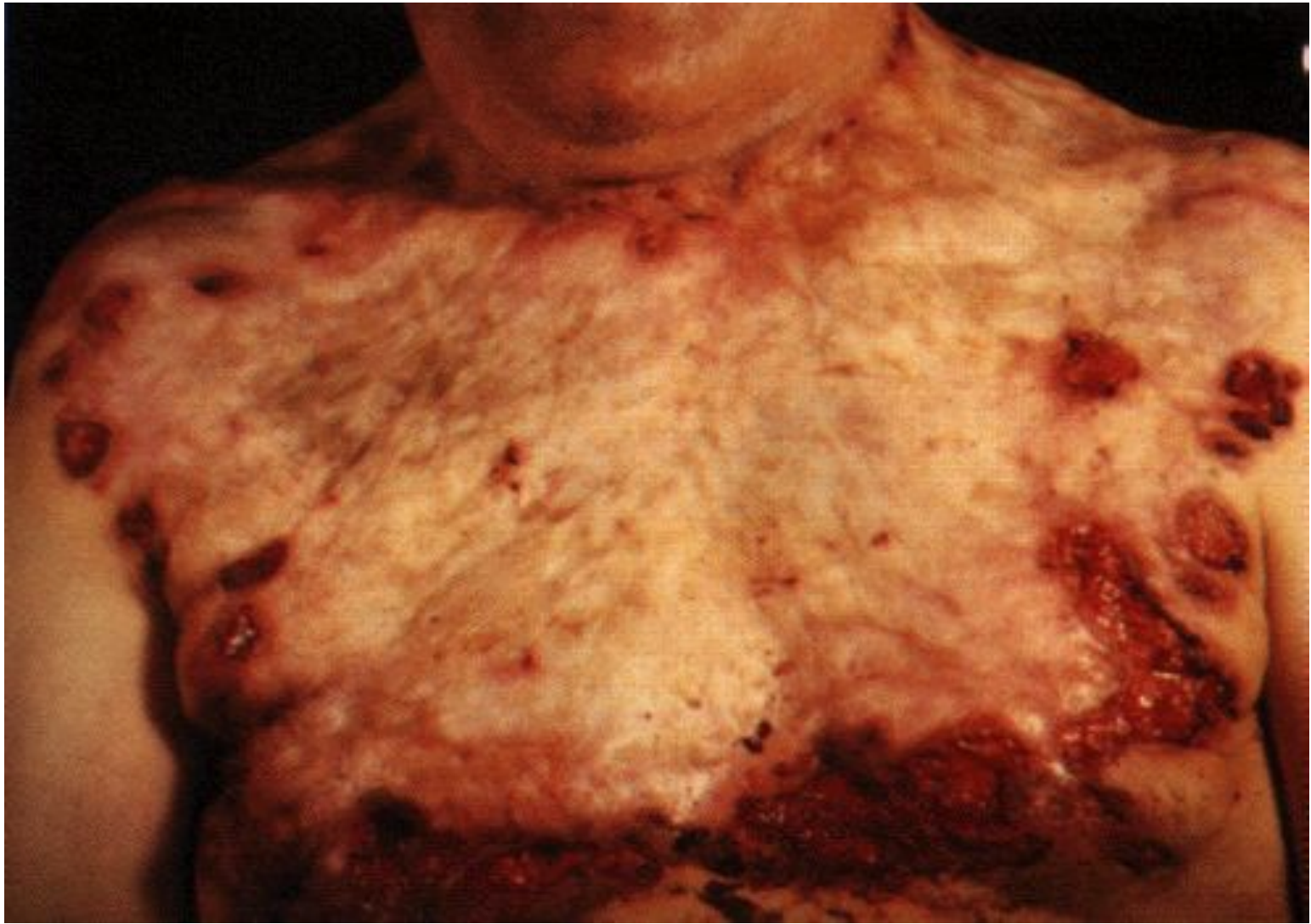


Серпигинирующий («ползучий») бугорковый сифилид-

- 1. Линейный – распространение в каком-либо одном направлении
- 2. Эксцентрический - от центра (места начального возникновения) к периферии (напоминает круги на воде)
- При этом отдельные бугорки сливаются в поднятый над уровнем нормальной кожи подковообразный валик, по краю которого возникают все новые и новые бугорки. Вследствие этого процесс распространяется, «ползет» все дальше, захватывая иногда весьма обширные зоны - грудь, спину, всю верхнюю конечность, бедро, голень и т.д.
- Валик из слившихся бугорков может изъязвляться и покрыться корками.
- Реже процесс протекает «сухо», оставляя после себя, на месте уже «пройденных» участков, мозаичные рубцы (рубцовые атрофии)







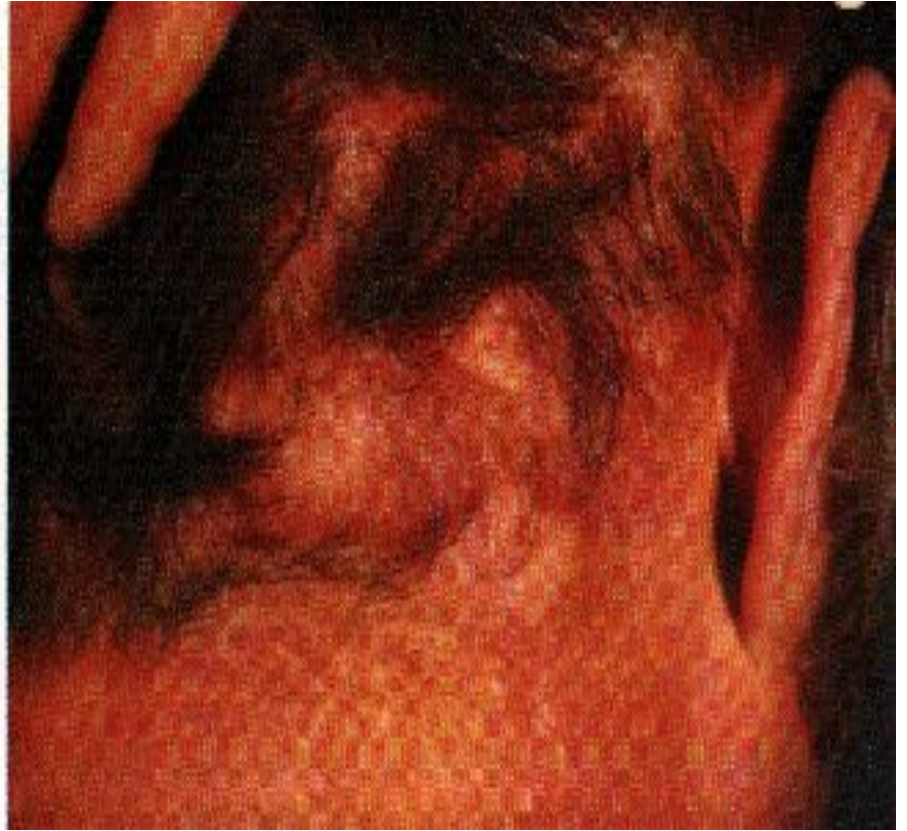
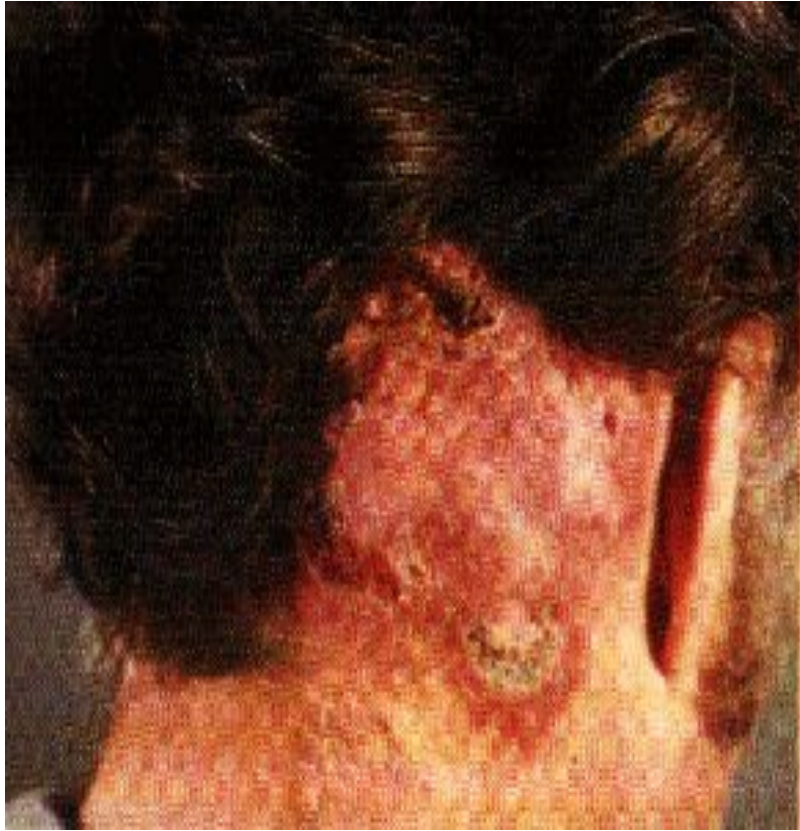
Бугорковый сифилид «площадкой» (диффузный) -

- Редко встречающаяся разновидность бугорка.
- Характеризуется тем, что при ней отдельных бугорков не видно, так как они сливаются. При этом образуются сплошные бляшковидные инфильтраты, приподнятые над уровнем кожи, неопределенных очертаний, обычно 5-10 см в диаметре. Изредка «площадки» достигают гигантских размеров.
- Течение и разрешение бугоркового сифилида могут протекать по «сухому» и «мокрому» типам разрешения с исходом в рубцовую атрофию или рубец.



Карликовый бугорковый сифилид-

- Карликовый бугорковый сифилид наблюдается чаще в поздние периоды заболевания 10-15-20 лет после момента заражения.
- Получил своё название из-за небольших размеров составляющих его морфологических элементов. Величина бугорков при этой разновидности сифилида не превышает обычно размера просянного или коноплянного зерна.
- Бугорки группируются на небольшом



Глубокий узловой сифилид, подкожная гумма

- Первичный морфологический элемент – узел в подкожной жировой клетчатке, реже – мышце или кости,
- излюбленная локализация – волосистая часть головы, лицо, голени, область грудины, бедро, предплечье
- величиной с кедровый орех,
- не спаянный с окружающей кожей,
- подвижный,
- плотный и безболезненный,
- Одиночный, реже множественный (4-6).

Стадии развития гуммы -

- увеличивается в размерах в подкожной жировой клетчатке до размеров грецкого ореха или больше,
- спаивается окружающей жировой клетчаткой и кожей, изменяется кожа над ней - выпячивается, сначала розовая, затем красная и багровая,
- Над центральной частью гуммы кожа истончается, появляется флюктуация и гумма вскрывается. При этом нужно отметить симптом, характерный для гуммозного процесса - из сравнительно большого узла при его вскрытии выделяется ничтожное (1-2 капли) количество клейкой, тягучей, с крошкообразными включениями жидкости, похожий на гуммиарабик

- гумма превращается в гуммозную язву - с округлыми очертаниями, ровными, плотными, приподнятыми краями, которые при длительном существовании язвы настолько уплотняются и изменяют свой цвет, что по внешнему виду и консистенции напоминают мазоль («каллезные» «омозолелые» края) , дно гуммозной язвы в начале её образования покрыто некротическим распадом в виде мясистой желтовато-серого цвета массы («гуммозный стержень»), плотно спаянный с подлежащей клетчаткой,
- «гуммозный стержень» постепенно, частями, отторгается и под ним обнаруживается «кратерообразная» язвенная поверхность, покрытая грануляциями,
- с течением времени, начиная с периферии по направлению к центру, грануляции превращаются в рубцовую ткань - на месте гуммы остается втянутый, звездчатый рубец, по периферии которого долгое время сохраняется полоска гиперпигментированной кожи,
- весь процесс протекает, за редким исключением, безболезненно, и субъективные ощущения больного обычно не соответствуют тяжести патологического процесса и анатомическим разрушениям.









Околосуставные узловатости

- плотные узлы консистенции хряща и даже кости, подвижные, иногда несколько спаянные с кожей, безболезненные, величиной примерно с лесной орех. Кожа над этими узлами нормальная или слегка розоватая. Они как правило не изъязвляются и в таком виде существуют годы.

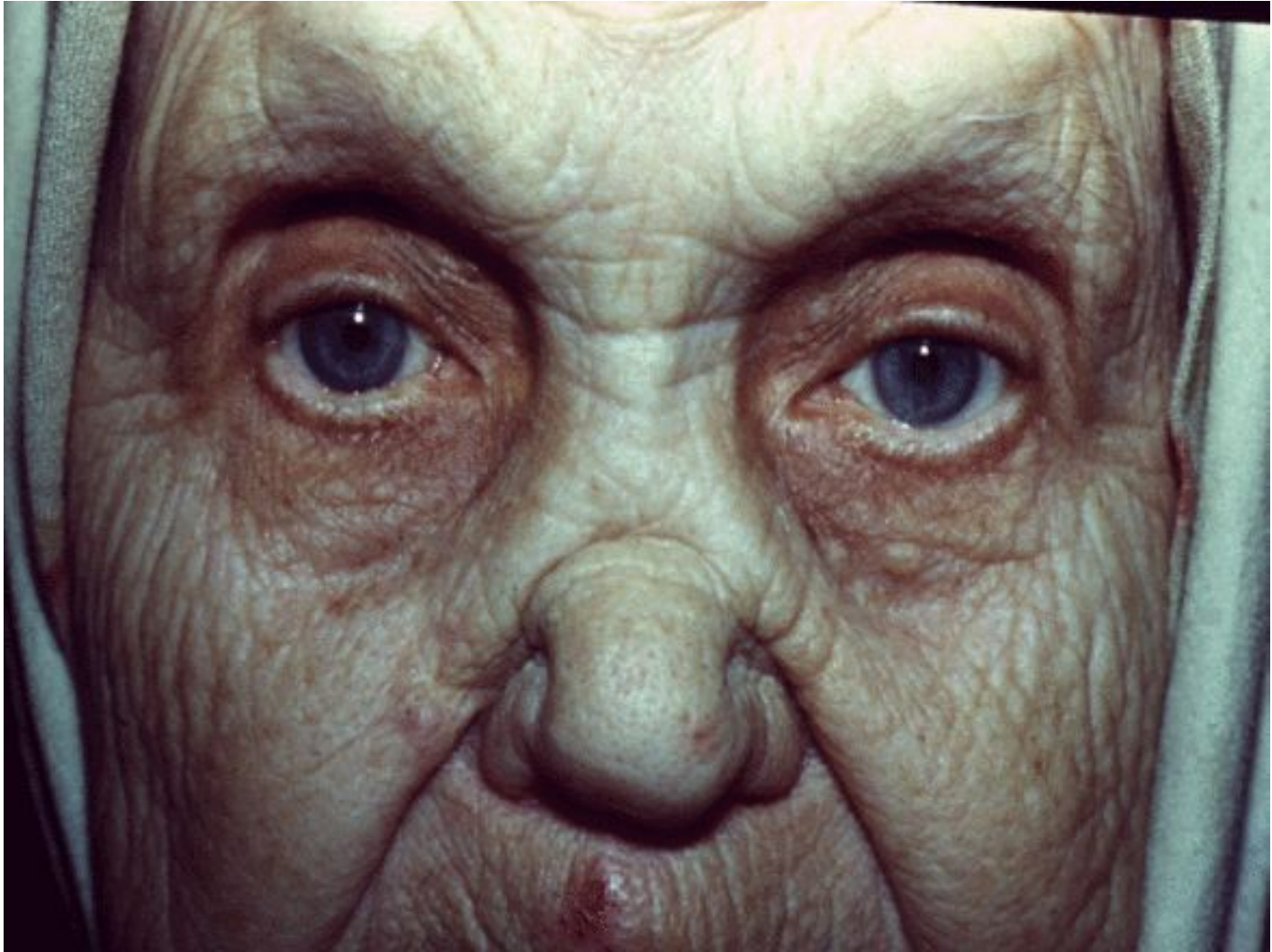
Третичный сифилис слизистых

- Основные проявления – изолированные гуммы или гуммозная инфильтрация
- Гуммы исходят из подлежащих костей и хрящей, реже – самих слизистых
- Излюбленная локализация – область носа, мягкого и твердого неба, реже – язык, задняя стенка глотки, губы
- Отсутствие лимфаденита
- Быстрое разрешение под влиянием терапии (искл. – гуммозная инфильтрация языка)

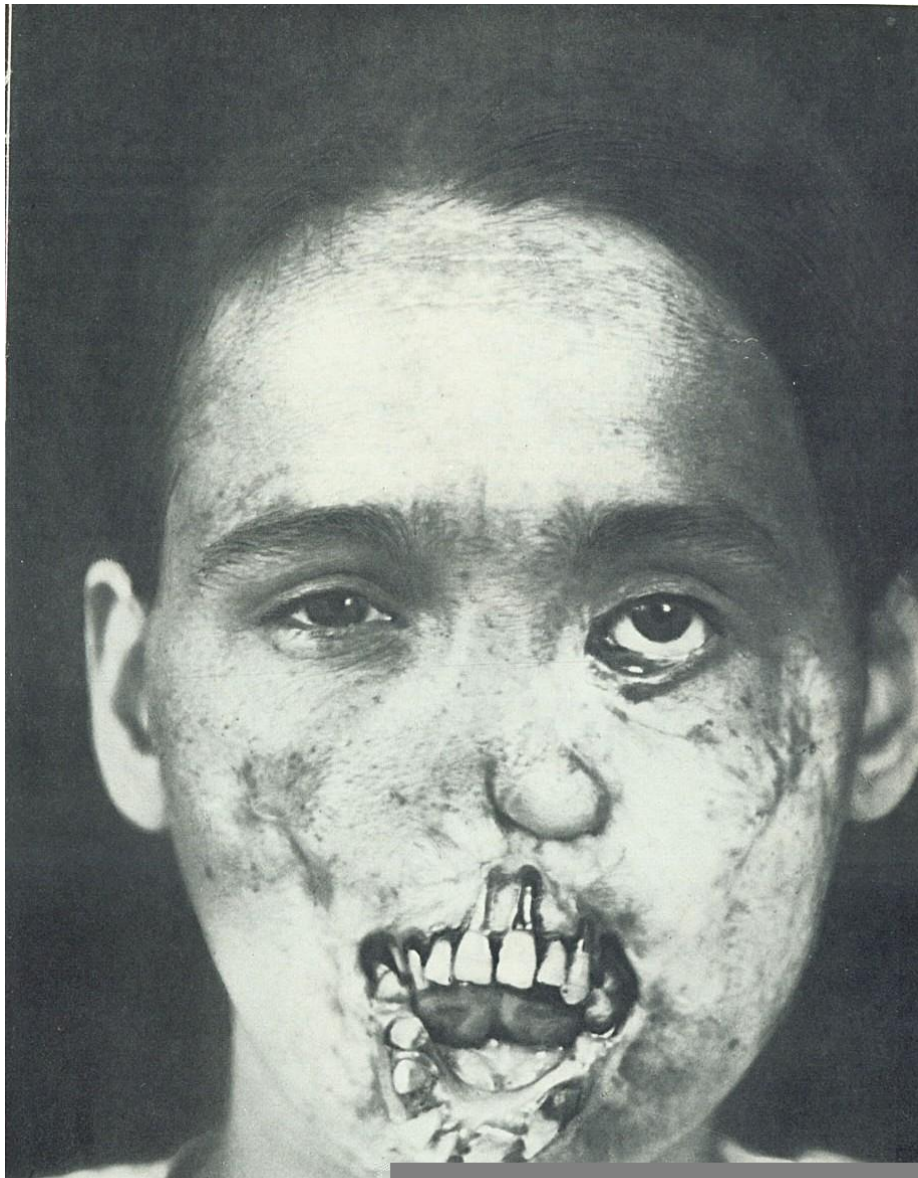
Поражение слизистой носа -

- На границе хрящевой и костной ткани
- Перфорация носовой перегородки
- Деформация носа - седловидный









Третичные поражения языка

- могут проявляться в виде изолированных гумм или диффузного переходящего в рубец склероза (гуммозный глоссит, склеротический глоссит).







Третичные поражения твердого неба

- Гуммозные и бугорковые
- Ведут к перфорации твердого неба с образованием иногда весьма значительного дефекта. В результате полость рта сообщается с полостью носа, затрудняется прием пищи, так как она проникает из рта в полость носа, нарушается речь, появляется гнусавость.
- Процесс может распространиться на носовую перегородку, разрушить ее, вызвать деформацию носа.
- При локализации процесса в области мягкого неба разрушению могут подвергнуться язычок и вся небная занавеска.
- Заживление язвенной поверхности рубцеванием ведет к стойким и необратимым деформациям, причем особенно мучительной для больного является деформация твердого неба, что ведет к проблемам с приемом пищи и речи – гнусавость, поперхивание





Поражения внутренних органов и систем

- поражения внутренних органов в третичном периоде сифилиса отличаются ограниченностью и глубиной поражения, что приводит к обширным разрушениям больного органа и необратимым последствиям

Поражения сердечно-сосудистой системы

- - сифилитический мезоаортит (уплотнение стенок аорты и расширение (часто колбообразное) ее выходной части до 5-6 см вместо нормальных 3,5 см)
- -- эндо, мезо- и периваскулиты вплоть до полной облитерации
- -- поражение сердца – гипертрофия миокарда, боли разлитого характера
- -- феномен Сиротинина-Куковерова – систолический шум, выслушиваемый под грудиной при поднятии рук в результате смещения магистральных сосудов при аортите

Поражения костной системы

- Одна из излюбленных локализаций
- Преобладание остоесклероза над деструктивными изменениями - гуммозный остеоperiостит, реже- остоемиелит
- Излюбленная локализация – большеберцовая кость, реже – череп, предплечье, ключицы
- Ранний симптом – упорные боли, усиливающиеся ночью
- Рентген – утолщение и деформация кости



Поражения нервной системы нейросифилис

- Может протекать асимптомно
- Активность определяется положительными стандартными и серологическими реакциями
- 1. ранний сифилис нервной системы
 - а) острый менинговаскулярный сифилитический менингит
 - б) сифилитический менингоневрит (базальный менингит), который сочетается с невритом зрительных нервов
 - в) скрытый сифилитический менингит
 - г) сосудистые формы нейросифилиса (ранний и поздний менинговаскулярный сифилис)
- 2. поздний сифилис нервной системы

Исследование спинномозговой жидкости

- Норма – бесцветная, прозрачная, не образует осадка, отн. Плотность 1006-1007, рН 7,35-7,4, белок 10-25 мг%, 0-3-5-7 форменных элементов (лимфоцитов)
- При сифилисе:
- Увеличение количества белка в ступенчатых разведениях ликвора изотоническим раствором хлорида натрия от 1:5 до 1:80.
- Цитоз и плеоцитоз (плазматические клетки, моноциты) – становится нормальным через 3-4 мес. после окончания терапии (белок и серологические реакции позднее)
- Глобуллиновые реакции – определение тяжелой фракции белков в реакциях Нонне-Апельта и Панди
- Реакция Вассермана, РИФ, РИБТ

Лечение сифилиса

- **Специфическое**
- **Превентивное** - подлежат лица, имевшие половой, тесный бытовой контакт с больным ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев
- **Профилактическое лечение беременных** – показано женщинам, получившим лечение до беременности, у которых к началу беременности не произошла полная негативация КСР, а также всем женщинам, начавшим лечение во время беременности (независимо от её срока). Профилактическое лечение обычно проводится, начиная с 20-й недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении – непосредственно вслед за ним.

Препараты, применяемые для лечения сифилиса

- 1. Основные - препараты пенициллина
- бензатил-бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен);
- бициллин-1,3,5;
- бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая;
- бензилпенициллина новокаиновая соль;
- прокаин-пенициллин

Альтернативные (резервные) методы лечения сифилиса

- **Доксициклин** – по 0.1 гр – 2 раза в сутки (превентивное лечение – 10 дней; первичный период – 15 дней; вторичный и ранний скрытый – 30 дней)
- **Тетрациклин** – по 0.5 гр – 4 раза в сутки (превентивное лечение – 10 дней; первичный период – 15 дней; вторичный и ранний скрытый – 30 дней)
- **Эритромицин** - по 0.5 гр – 4 раза в сутки (превентивное лечение – 10 дней; первичный период – 15 дней; вторичный и ранний скрытый – 30 дней)
- **Оксациллин, Ампициллин** – по 1 млн ЕД – 4 раза в сутки (превентивное лечение – 10 дней; первичный период - 14 дней; вторичный и ранний скрытый – 28 дней)
- **Цефтриаксон (роцефин)** – превентивное лечение – по 0.25 г, 1 раз в сутки, 5 инъекций; первичный сифилис – по 0.25 г, 1 раз в сутки, 10 инъекций; вторичный и ранний скрытый сифилис - по 0.5 г, 1 раз в сутки, 10 инъекций
- **Азитромицин (сумамед)** – назначается при непереносимости всех остальных резервных антибиотиков, под строгим клинико-серологическим контролем. При ранних формах сифилиса – по 0.5 гр, 1 раз в день, 10 дней.

Клинико-серологический контроль

- Взрослые и дети, получившие превентивное лечение - подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через три месяца после лечения.
- Больные первичным серонегативным сифилисом - подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через три месяца после лечения.
- Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты КСР (МРП), состоят на клинико-серологическом контроле до полной негативации КСР и затем ещё 6 месяцев, в течение которых необходимо провести 2 обследования.
- Для больных поздними формами сифилиса, у которых КСР после лечения нередко остается положительным, предусмотрен обязательный 3-летний срок клинико-серологического контроля. В процессе контрольного наблюдения КСР (МРП) исследуют 1 раз в 6 месяцев в течение второго и третьего года. Специфические серологические реакции (РИТ, ИФА, РПГА, РИФ) исследуют 1 раз в год.

- Больные нейросифилисом, независимо от стадии, должны находиться под наблюдением в течении 3 лет. В процессе контрольного наблюдения КСР (МРП) исследуют 1 раз в 6 месяцев в течении второго и третьего года. Специфические серологические реакции (РИТ, ИФА, РПГА, РИФ) исследуют 1 раз в год. Первое ликворологические исследование проводят через 6 месяцев после лечения, в пределах 3-х лет наблюдения после установления диагноза.
- Лица с серорезистентностью находятся на клинико-серологическом контроле в течении 3-х лет.

В качестве критериев

излеченности можно учитывать:

- 1) Полноценность проведенного лечения и его соответствие действующим инструкциям
- 2) Данные клинического обследования (осмотр кожных покровов, слизистых, при показаниях – состояние внутренних органов и нервной системы)
- 3) Результаты лабораторного (серологического, при показаниях – ликворологического) исследования