

АО « Медицинский университет Астана»  
Кафедра дерматовенерологии с курсом иммунологии.

# СРС

На тему: Диагностика, лечение и профилактика сифилиса: первичный, вторичный, третичный.

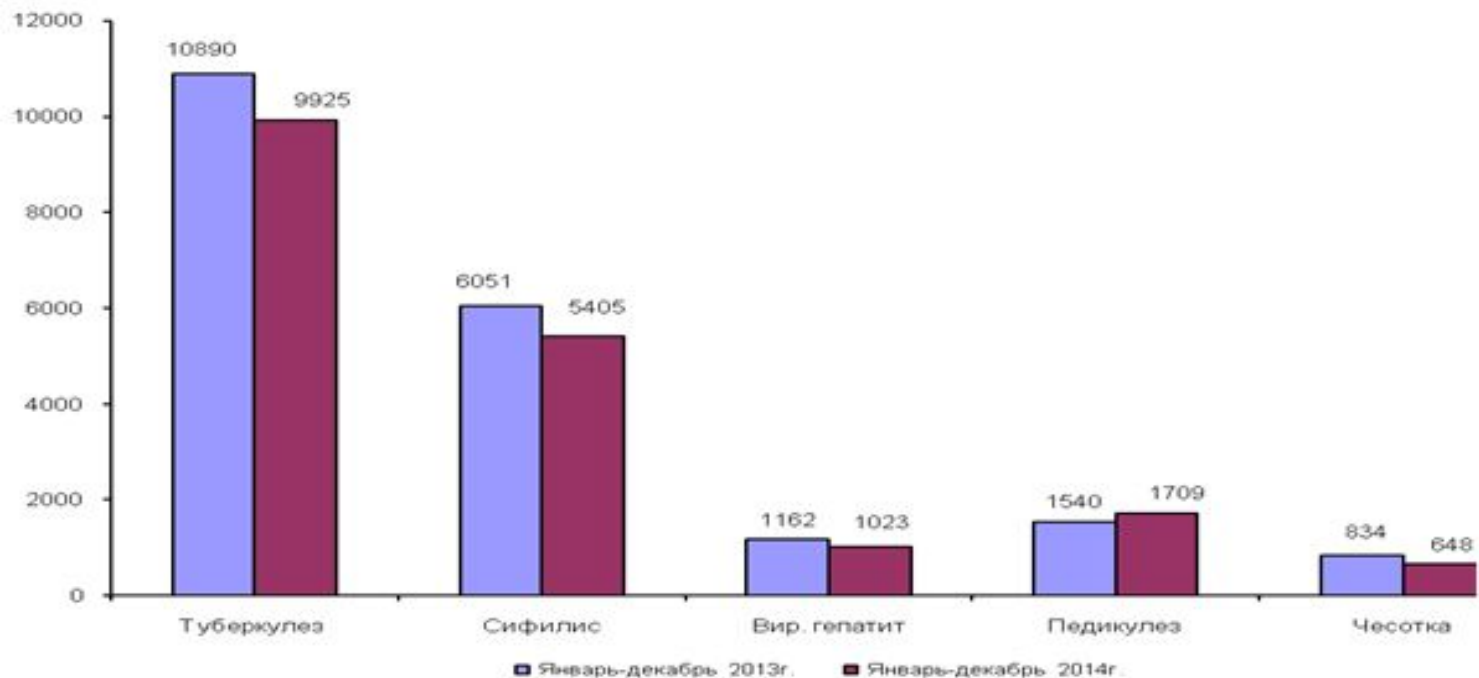
Выполнила: Сарыева К.М. 660 АиГ  
Проверила: Т.В.

Астана 2017г.

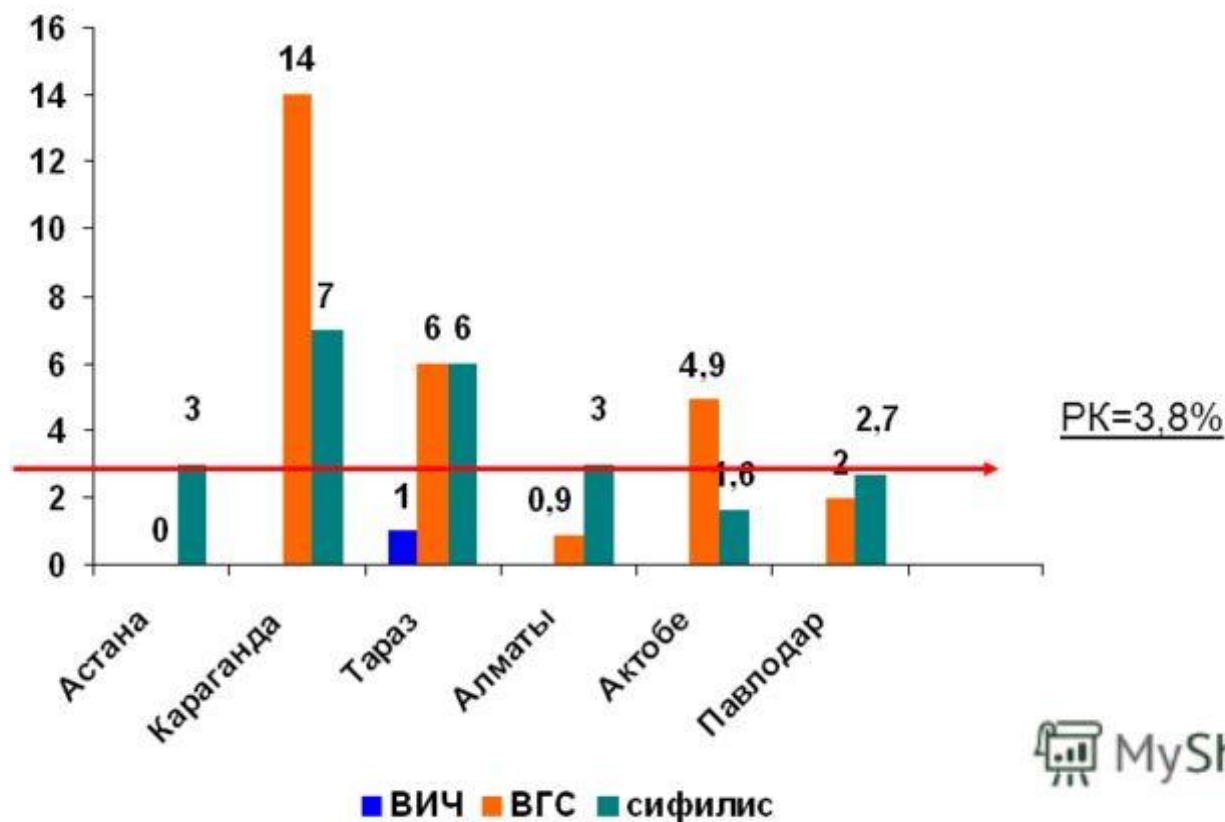
- Сифилис - инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, передаваемое преимущественно половым путём, с хроническим прогрессирующим, рецидивирующим течением и характерной периодичностью клинических симптомов, способное поражать все органы и системы.

**Число зарегистрированных случаев наиболее распространенных заболеваний в январе-декабре 2013-2014гг.**

единиц

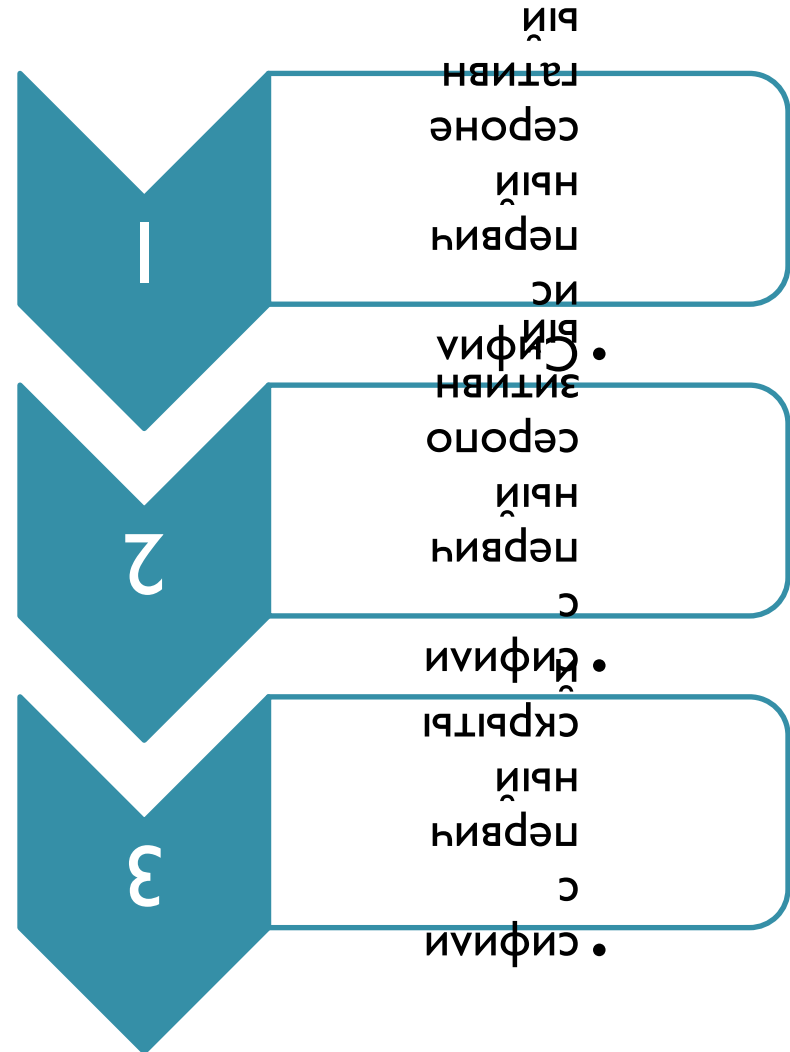


## Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди МСМ в городах РК, ДЭН 2008 г. (%)

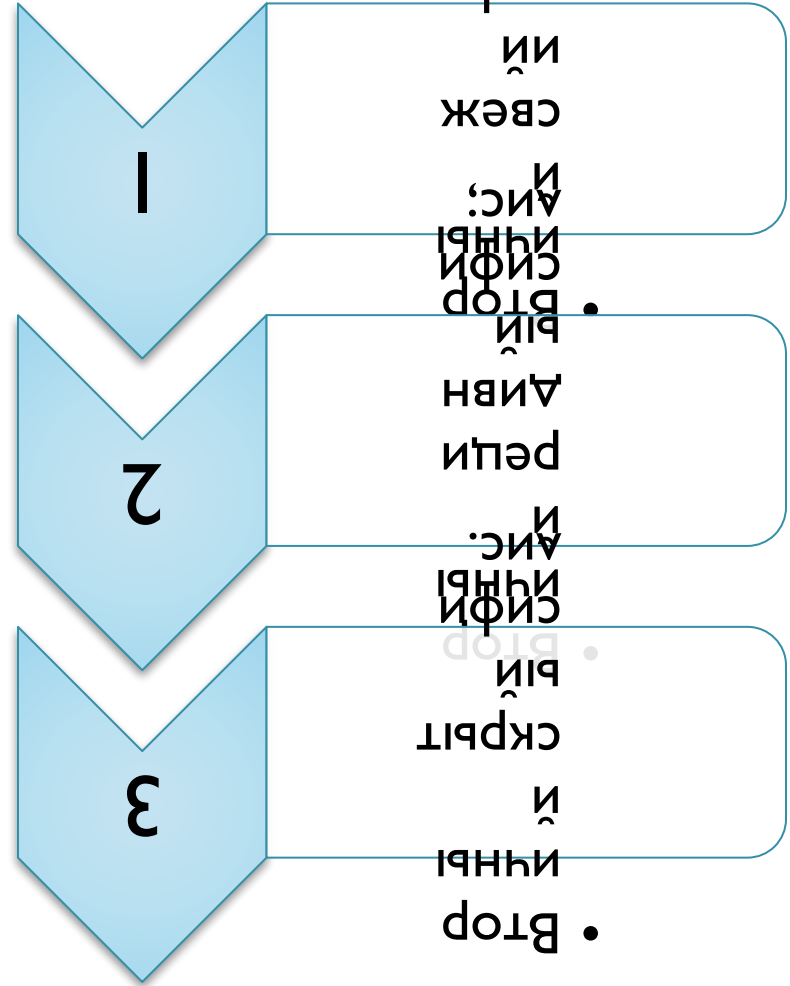


# Клиническая классификация:

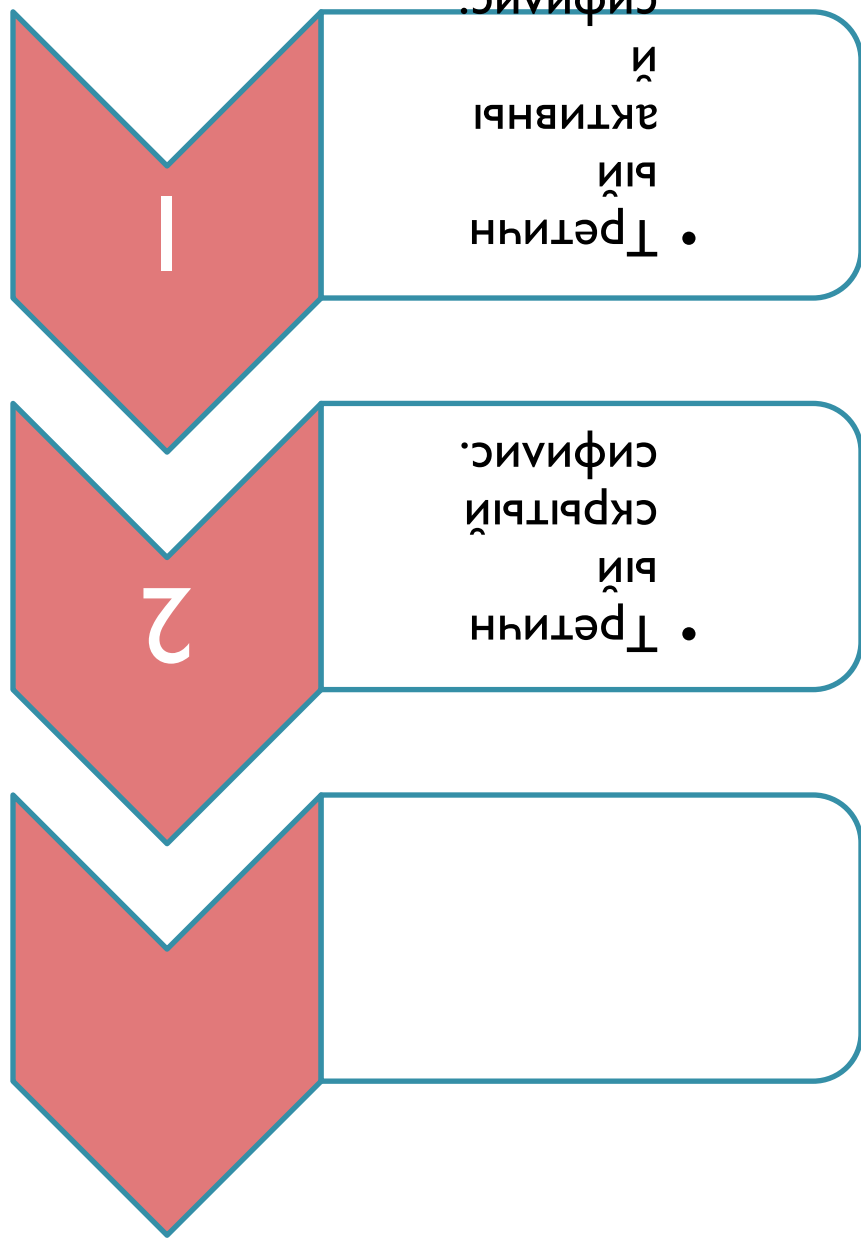
В группу первичного скрытого сифилиса относят больных, начавших лечиться в первичном периоде болезни при отсутствии у них в дальнейшем клинических проявлений болезни.



- Вторичный скрытый сифилис. В эту группу относят больных, начавших лечение во вторичном свежем или рецидивном периоде при отсутствии у них в данное время клинических проявлений болезни:



- В эту группу относят больных, не имеющих клинических проявлений сифилиса, но перенесших в прошлом активные проявления третичного периода;



- Скрытый сифилис (ранний и поздний): к этой группе относят больных, начавших лечение при неустановленном ранее периоде болезни;

**Р  
а  
н  
н  
ий  
в  
р  
о  
ж  
д  
е  
н  
н  
ый  
с  
и  
ф  
и  
л  
и  
с:**

- - врожденный сифилис грудного (до 1 года) и раннего детского (от 1 года до 4 лет) возраста;
- - поздний врожденный сифилис;
- - скрытый врожденный сифилис;
- - висцеральный сифилис (с указанием пораженного органа)
- ; - сифилис нервной системы;
- - спинная сухотка;
- - прогрессивный паралич.

# Этиология:



- Возбудитель сифилиса относится к порядку *Spirochaetales*, семейству *Spirochaetaeaceae*, роду *Treponema*, виду *Treponema Pallidum* (син.: *Spirochaeta pallidum*). Бледная трепонема легко разрушается под воздействием внешних агентов: высыхание, прогревание при 55°С в течение 15 мин, воздействие 50-56° 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. Также микроорганизм может существовать в виде цист и L-форм. Циста является формой выживания и размножения бледной трепонемы в неблагоприятных условиях среды и рассматривается как стадия покоя *T. pallidum*.; обладает антигенной активностью. L-форма является способом выживания бледной трепонемы, обладает слабой антигенной активностью.
- Трепонемы размножаются преимущественно путем поперечного деления на два или несколько сегментов, каждый из которых вырастает затем во взрослую особь. Деление трепонем происходит каждые 30-33 часа, рост занимает в среднем 1-1,5 часа.



# Патогенез.

- Основное значение в заражении и особенностях течения сифилиса придается макроорганизму (хронические инфекции и интоксикации, травмы, переутомление). Неповрежденные кожа и слизистые оболочки непроницаемы для бледных трепонем. После заражения возможно развитие так называемого классического типа течения сифилиса со сменой периодов (инкубационный, первичный, вторичный, третичный, висцеральный сифилис и нейросифилис). Возможно также длительное бессимптомное течение с последующим развитием поздних форм болезни. Заражение плода с последующим развитием врожденного сифилиса происходит через плаценту.

# Периоды сифилиса:

1

инкубационный период. Длится с момента заражения до появления твердого шанкра. Продолжительность 3-4 недели (варьирует от 10 до 80 дней). При применении антибиотиков может удлиняться;

2

первичный период. Характеризуется появлением твердого шанкра или первичной сифиломы на месте внедрения бледных трепонем;

3

вторичный период - спустя 9-10 недель после заражения и длится от 3 до 5 лет (характеризуется изменениями кожи, слизистых оболочек, внутренних органов и центральной нервной системы);

4

третичный период - через несколько лет после заражения у 50 % нелеченных больных (поражается кожа, слизистые оболочки, кости, суставы, внутренние органы с необратимыми изменениями).

# Пути заражения

● Существует три пути передачи инфекции:

- **Контактный**

- Трансплацентарный

- Трансфузионный

- Половой (наиболее частый и типичный путь инфицирования; заражение происходит через поврежденную кожу либо слизистые оболочки); трансплацентарный (передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, ведущее к развитию врожденного сифилиса);
- Трансфузионный (при переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии); бытовой (является редкостью; встречается преимущественно при бытовом контакте родителей с наличием высыпаний на коже/слизистых оболочках и детей), профессиональный (заражение персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными, а также акушеров-гинекологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов при выполнении профессиональных обязанностей).

# Первичный сифилис

ПС начинается с образования на месте внедрения бледных трепонем-первичной сифиломы (твердый шанкр)

Длится в среднем 6-7 нед. После образования первичной сифиломы обнаруживается увеличение ближайших к месту ее локализации лимфатических узлов.

Клиническая характеристика первичной сифиломы - формирование своеобразного, хрящевой плотности, более или менее резко выраженного инфильтрата, некротизирующегося с поверхности с образованием эрозии или язвы.

- Первичный серонегативный сифилис: 1. Длительность 3-4 недели 2. Начинается с появления твердого шанкра 3. Через неделю увеличиваются регионарные лимфатические узлы (одно- или двусторонние)

- Первичный серопозитивный сифилис: Начинается с момента позитивации RW Длится до появления признаков вторичного сифилиса Продолжительность 3-4 недели.



Для первичного периода сифилиса характерен следующий комплекс клинических симптомов:

- первичная сифилома,
- регионарный лимфаденит,
- специфический лимфаденит,
- специфический полиаденит,
- продромальные явления.

- Края его находятся на уровне прилежащей непораженной кожи или слизистой оболочки, или несколько возвышаются на ней. Поверхность гладкая, ярко красного цвета. Нередко она покрыта желто-серым налетом. На поверхности эрозии или язвы имеется скудное прозрачное или опалесцирующее серозное отделяемое. Характерная особенность твердого шанкра - наличие плотного инфильтрата под эрозией или язвой. Особенностью первичной сифиломы в последние годы является отсутствие у ряда больных такого инфильтрата.



- Важнейшая особенность неосложненного твердого шанкра - отсутствие субъективных ощущений и островоспалительных явлений вокруг первичной сифиломы у большинства больных
- . Размеры первичной сифиломы варьируют от 1-2 мм до 1,5-2 см в диаметре и более.
- Твердые шанкры чаще бывают одиночные, отмечается учащение случаев заболевания с множественными твердыми шанкрами.
- Локализация первичной сифиломы у мужчин: внутренний и наружный листок крайней плоти, венечная борозда, головка, тело полового члена, наружное отверстие мочеиспускательного канала.
- У женщин - большие и малые половые губы, задняя спайка, реже шейка матки, клитор, стенки влагалища. Но первичная сифилома может локализоваться на любом участке кожи или слизистых.
- В последние годы чаще наблюдается локализация твердого шанкра на участках, близко расположенных к половым органам, а также на удаленных от них участках. Это так называемые экстрагенитальные твердые шанкры. Чаще всего сифилома располагается вокруг анального отверстия, на губах.
- Особенность анальных и перианальных твердых шанкров - их болезненность; имеет щелевидную или трещиноподобную форму, нередко кровоточит. Шанкр, локализующийся на губах, нередко покрыт коркой.
- Твердый шанкр может располагаться на коже подбородка, указательном пальце, коже, прилежащей к ареоле молочной железы, языку, лобке. При так называемых биполярных твердых шанкрах первичные сифиломы возникают одновременно на половых органах и на удаленных участках кожи или слизистых оболочек (губы, молочные железы).



# Различают три атипических формы первичного аффекта:

*шанкр-амигдалит*

*шанкр-панариций*

*индуративный отек*

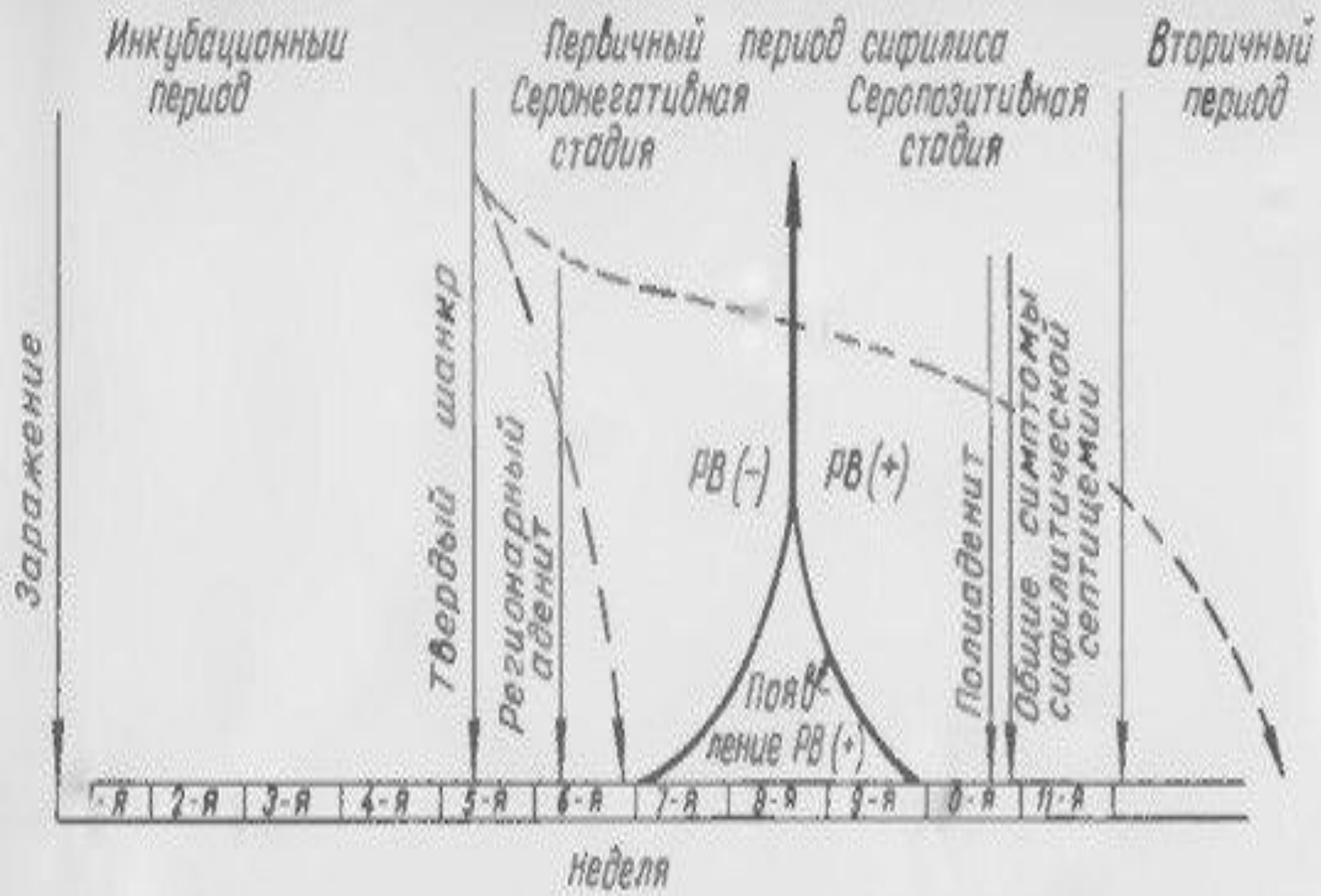


Схема 1. Течение первичного периода сифилиса

# Вторичный сифилис

- Начинается с появления первых генерализованных высыпаний на коже и слизистых оболочках (в среднем через 2,5 мес. после заражения) и продолжается без лечения 2-4 года.

Клинические проявления вторичного сифилиса

- Розеолы
- Папулы
- Пустулы

# Розеола

- Пятнистый сифилитид, или сифилитическая розеола. Это наиболее частое и наиболее раннее проявление вторичного периода заболевания. Розеолезная сыпь появляется постепенно, толчкообразно, по 10 – 12 элементов в день. Высыпание достигает полного развития за 8 – 10 дней, существует в среднем без лечения 3 – 4 недели, иногда меньше или больше (до 1,5 – 2 месяцев). Розеолезная сыпь разрешается бесследно.
- Сифилитическая розеола представляет собой гиперемическое воспалительное пятно. Цвет розеолы варьируется от бледно-розового до насыщенно-розового, иногда с синюшным оттенком. Чаще всего она имеет бледно-розовую, блеклую окраску. Длительно существующая розеола приобретает желтовато-бурый оттенок. Размер пятен колеблется от 2 до 25 мм, в среднем 5 – 10 мм. Очертания розеолы округлые или овальные, границы нечеткие. Пятна не обладают периферическим ростом, не сливаются, не сопровождаются субъективными ощущениями. Шелушение отсутствует.
- Розеолезная сыпь локализуется преимущественно на боковых поверхностях туловища, груди, в верхней части живота. Высыпания могут наблюдаться также на коже верхней части бедер и сгибательной поверхности предплечий, редко – на лице.



# Папула

- Папулезный сифилид. Встречается у больных вторичным рецидивирующим сифилисом. Папулезный сифилид встречается и при вторичном свежем сифилисе, в этом случае папулы обычно появляются спустя 1 – 2 недели после возникновения розеолезной сыпи и сочетаются с ней (пятнисто-папулезный сифилид). Папулезные сифилиды возникают на коже толчкообразно, достигая полного развития через 10 – 14 дней, после чего существуют в течение 4 – 8 недель.
- Первичный морфологический элемент папулезного сифилида – дермальная папула, резко отграниченная от окружающей кожи, правильно округлых или овальных очертаний. По форме она может быть полушаровидной с усеченной вершиной или остроконечной. Цвет элемента вначале розово-красный, позднее становится желтовато-красным или синюшно-красным. Консистенция папул плотноэластическая. Элементы располагаются изолированно, лишь при локализации в складках и раздражении наблюдается тенденция к их периферическому росту и слиянию.



*Папулезная сыпь*

# Пустула

- Папуло-пустулезный сифилид. Наблюдается у ослабленных пациентов, страдающих алкоголизмом, наркоманией, тяжелыми сопутствующими заболеваниями, и свидетельствует о тяжелом, злокачественном течении сифилиса.
- Различаются следующие клинические разновидности папулопустулезного сифилида: угревидный (или акнеиформный), оспенновидный (или вариолиформный), импетигоподобный, сифилитическая эктима, сифилитическая рупия. Поверхностные формы папуло-пустулезного сифилида – угревидный, оспенновидный и импетигоподобный – чаще всего наблюдаются у больных вторичным свежим сифилисом, а глубокие формы – сифилитическая эктима и рупия – наблюдаются преимущественно при вторичном рецидивном сифилисе и служат признаком злокачественного течения заболевания. Все разновидности пустулезных сифилидов имеют важную особенность: в их основании имеется специфический инфильтрат. Пустулезные сифилиды возникают в результате распада папулезных инфильтратов, поэтому их правильнее называть папуло-пустулезными.



# Клинические проявления вторичного сифилиса

- Лейкодерма
- Алопеция
- Осиплость голоса



**Сифилитическая лейкодерма, или пигментный сифилид.** Это своеобразная дисхромия кожи неясного генеза, возникающая у больных вторичным, преимущественно рецидивным, сифилисом. Типичной локализацией лейкодермы является кожа задней и боковых поверхностей шеи, реже – передняя стенка подмышечных впадин, область плечевых суставов, верхняя часть груди, спины. На пораженных участках сначала появляется диффузная желтовато-бурая гиперпигментация кожи. Через 2 – 3 недели на гиперпигментированном фоне появляются беловатые гипопигментные пятна диаметром от 0,5 до 2 см округлых или овальных очертаний. Все пятна имеют приблизительно одинаковый размер, располагаются изолированно, не склонны к периферическому росту и слиянию.

Различают три клинические разновидности пигментного сифилида: **пятнистую, сетчатую (кружевную) и мраморную.**

- Сифилитическое облысение. Различают три клинические разновидности алопеции:
- диффузную,
- мелкоочаговую и
- смешанную, представляющую собой сочетание мелкоочаговой и диффузной разновидностей облысения.

- Диффузная сифилитическая алопеция характеризуется остро возникающим общим поредением волос при отсутствии каких-либо изменений кожи. Выпадение волос обычно начинается с висков и распространяется на всю волосистую часть головы. В некоторых случаях облысению подвергаются и другие участки волосяного покрова – области бороды и усов, бровей, ресниц. Изменяются и сами волосы: становятся тонкими, сухими, тусклыми. Степень выраженности диффузной алопеции варьируется от едва заметного выпадения волос, немногим превышающего размеры физиологической смены, до полного выпадения всех волос, включая пушковые.
- Мелкоочаговая сифилитическая алопеция отличается внезапным быстро прогрессирующим появлением на волосистой части головы, особенно в области висков и затылка, множества беспорядочно разбросанных мелких очагов поредения волос диаметром 0,5 – 1 см. Плешины имеют неправильно округлые очертания, не растут по периферии и не сливаются между собой. Волосы в очагах поражения выпадают не полностью, происходит лишь резкое их поредение.

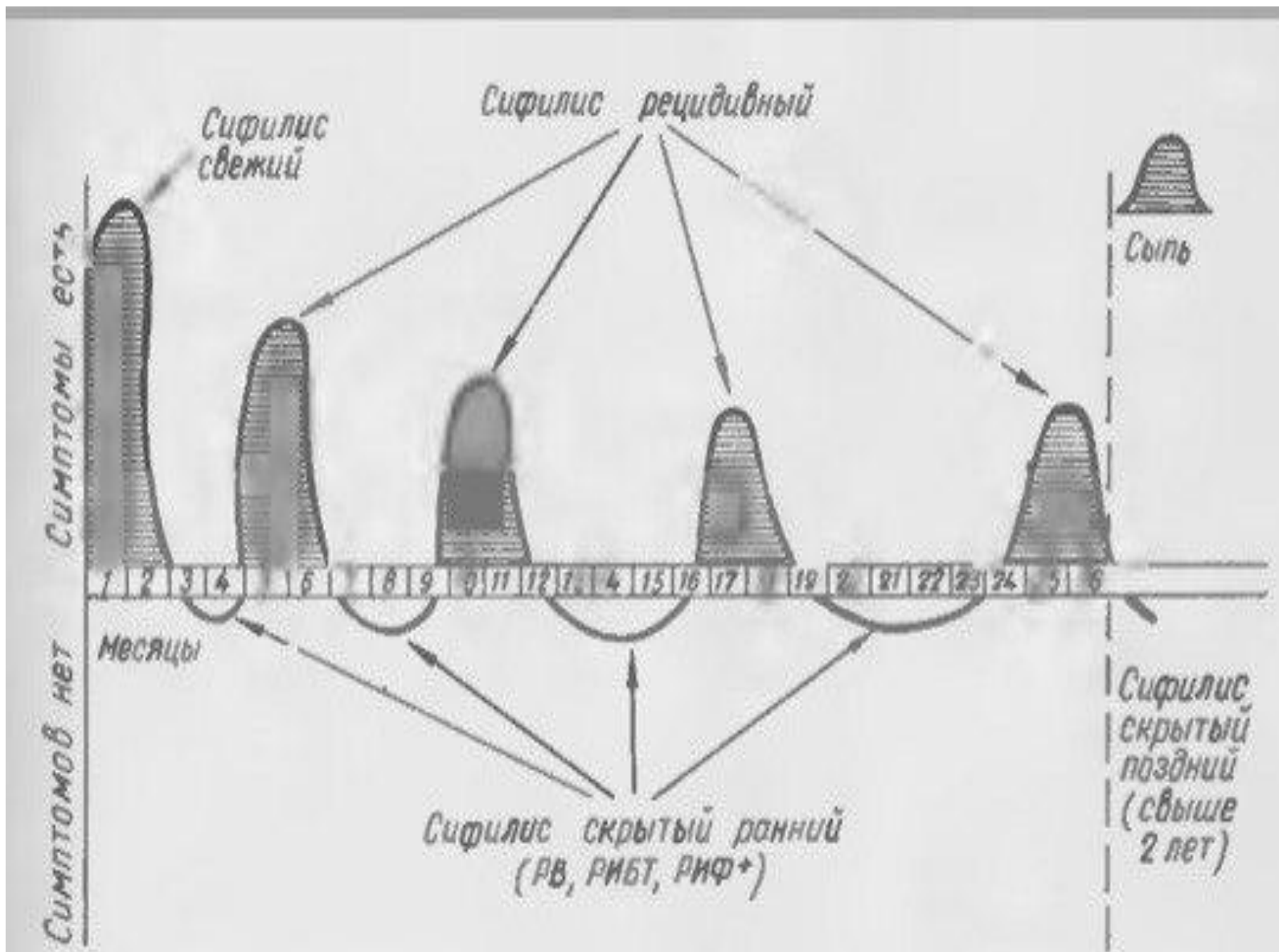


- Поражение нервной системы. Нейросифилис принято делить на ранние и поздние формы в зависимости от характера патоморфологических изменений, наблюдающихся в нервной ткани. Ранний нейросифилис – преимущественно мезенхимный процесс, затрагивающий мозговые оболочки и сосуды головного и спинного мозга.
- Развивается обычно в первые 5 лет после заражения. Ранний нейросифилис характеризуется преобладанием экссудативно-воспалительных и пролиферативных процессов.
- Поражение внутренних органов. Сифилитические поражения внутренних органов при раннем сифилисе носят воспалительный характер и по морфологической картине сходны с изменениями, происходящими в коже.
- Поражение костно-мышечной системы. Поражения костной системы, в основном в виде оссалгий, реже – периоститов и остеопериоститов, локализуются преимущественно в длинных трубчатых костях нижних конечностей, реже – в костях черепа и грудной клетки.

# Третичный сифилис

- Характеризуется развитием более мощных, чем во вторичном периоде, ограниченных (гуммы, бугорки) или разлитых инфильтратов, нередко ведущих к значительным деструктивным изменениям в пораженных органах и тканях.
- Бугорковый сифилид. Он может располагаться на любом участке кожного покрова и слизистых оболочек, но типичными местами его локализации являются разгибательная поверхность верхних конечностей, туловище, лицо. Очаг поражения занимает небольшой участок кожи, располагается асимметрично.

- Основной морфологический элемент бугоркового сифилица – бугорок (плотное, полушаровидное, бесполостное образование округлой формы, плотноэластической консистенции). Бугорок формируется в толще дермы, резко отграничен от видимо здоровой кожи, имеет размер от 1 мм до 1,5 см. Цвет бугорков сначала темно-красный или желтовато-красный, затем становится синюшно-красным или буроватым. Поверхность элементов сначала гладкая, блестящая, в дальнейшем на ней появляется мелкопластинчатое шелушение, а в случае изъязвления – корки. Субъективные ощущения отсутствуют. Свежие элементы появляются по периферии очага.



С х е м а 2 Течение вторичного периода сифилиса.



- Различают следующие клинические разновидности бугоркового сифида: сгруппированный
- серпигирующий (ползучий)
- бугорковый сифид площадкой
- карликовый.

Сгруппированный бугорковый сифид – наиболее часто встречающаяся разновидность. Число бугорков обычно не превышает 30 – 40. Бугорки находятся на разных стадиях эволюции, часть из них только что появилась, другие изъязвились и покрылись коркой, третьи уже зажили, оставив рубцы или рубцовую атрофию.

Серпигирующий бугорковый сифид. Поражение распространяется по поверхности кожи либо эксцентрически, либо в каком-то одном направлении, когда свежие бугорки появляются на одном полюсе очага поражения. При этом отдельные элементы сливаются между собой в приподнятый над уровнем окружающей кожи темно-красный подковообразный валик шириной от 2 мм до 1 см, по краю которого возникают свежие бугорки.

Бугорковый сифилид площадкой. Отдельных бугорков не видно, они сливаются в бляшки размером 5 – 10 см, причудливых очертаний, резко отграниченные от непораженной кожи и возвышающиеся над ней.

Бляшка имеет плотную консистенцию, буроватый или темно-багровый цвет. Регресс бугоркового сифилида площадкой происходит либо сухим путем с последующим формированием рубцовой атрофии, либо через изъязвление с образованием характерных рубцов.

Гуммозный сифилид, или подкожная гумма.

Это узел, развивающийся в гиподерме.

Характерными местами локализации гумм являются голени, голова, предплечья, грудина.

Различают следующие клинические разновидности гуммозного сифилида: изолированные гуммы, диффузные гуммозные инфильтрации, фиброзные гуммы.

Карликовый бугорковый сифилид.

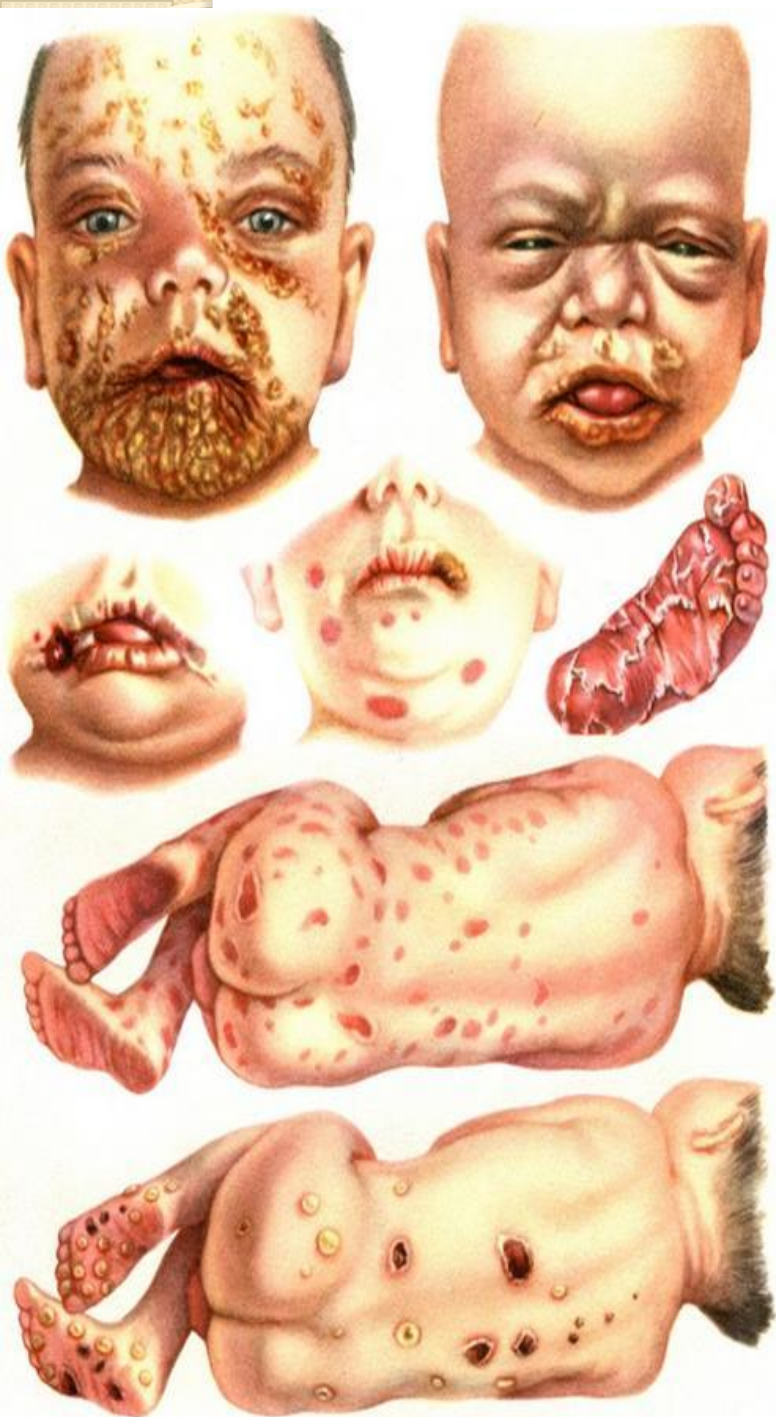
Наблюдается редко. Имеет малую величину 1 – 2 мм. Бугорки располагаются на коже отдельными группами и напоминают лентикулярные папулы.

- Гуммозный сифилид, или подкожная гумма. Это узел, развивающийся в гиподерме. Характерными местами локализации гумм являются голени, голова, предплечья, грудина. Различают следующие клинические разновидности гуммозного сифилида: изолированные гуммы, диффузные гуммозные инфильтрации, фиброзные гуммы.
- Изолированная гумма. Появляется в виде безболезненного узла размером 5 – 10 мм, шаровидной формы, плотноэластической консистенции, не спаянного с кожей. Постепенно увеличиваясь, подкожная гумма спаивается с окружающей клетчаткой и кожей и выступает над ней в виде полушария.
- Кожа над гуммой становится сначала бледно-розовой, затем буровато-красной, багровой. Затем в центре гуммы появляется флюктуация, и гумма вскрывается. При вскрытии из гуммозного узла выделяется 1 – 2 капли клейкой, желтой с крошкообразными включениями жидкости.
- Гуммозные инфильтрации. Они возникают самостоятельно либо в результате слияния нескольких гумм. Гуммозный инфильтрат распадается, изъязвления сливаются, образуя обширную язвенную поверхность с неправильными крупнофестончатыми очертаниями, заживающую рубцом.
- Фиброзные гуммы, или околосуставные узловатости, формируются в результате фиброзного перерождения сифилитических гумм. Фиброзные гуммы локализуются преимущественно в области разгибательной поверхности крупных суставов в виде образований шаровидной формы, очень плотной консистенции, величиной от 1 до 8 см. Они безболезненны, подвижны, кожа над ними не изменена или слегка розоватая.

- Поздний нейросифилис. Представляет собой преимущественно эктодермальный процесс, касающийся нервной паренхимы головного и спинного мозга. Развивается он обычно через 5 лет и более с момента заражения. При поздних формах нейросифилиса преобладают дегенеративно-дистрофические процессы. К собственно поздним формам нейросифилиса относят: спинную сухотку – процесс деструкции нервной ткани и замещения ее соединительной, локализующийся в задних корешках, задних столбах и оболочках спинного мозга; прогрессирующий паралич – дегенеративно-дистрофические изменения коры головного мозга в области лобных долей; табопаралич – сочетание симптомов спинной сухотки и прогрессирующего паралича. В третичном периоде по-прежнему могут наблюдаться поражения мозговых оболочек и сосудов.
- Поздний висцеральный сифилис. В третичном периоде сифилиса в любом внутреннем органе могут возникать ограниченные гуммы или диффузные гуммозные инфильтрации, а также наблюдаться различные дистрофические процессы. Морфологической основой поражений при позднем висцеральном сифилисе является инфекционная гранулема.
- Поражение костно-мышечной системы. В третичном периоде в процесс может вовлекаться опорно-двигательный аппарат.

## ● **Скрытый сифилис**

- Скрытый сифилис диагностируют на основании положительных результатов серологических реакций при отсутствии активных проявлений заболевания на коже и слизистых оболочках, признаков специфического поражения нервной системы, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата.
- Скрытый сифилис делят на ранний (с продолжительностью заболевания до 1 года), поздний (более 1 года) и неуточненный, или неведомый (определить сроки заражения не представляется возможным). Такое временное деление обусловлено степенью эпидемиологической опасности пациентов.



## Врожденный сифилис

- Врожденный сифилис возникает в результате инфицирования плода во время беременности трансплацентарным путем от больной сифилисом матери. Беременная, больная сифилисом, может передать бледную трепонему через плаценту, начиная с 10-й недели беременности, но обычно внутриутробное заражение плода происходит на 4 – 5-ом месяце беременности.
- Врожденный сифилис чаще всего отмечается у детей, родившихся от больных женщин, которые не лечились или получили неполноценное лечение. Вероятность возникновения врожденного сифилиса зависит от длительности существования инфекции у беременной: чем свежее и активнее сифилис у матери, тем более вероятно неблагоприятное окончание беременности для будущего ребенка. Судьба инфицированного сифилисом плода может быть различной. Беременность может закончиться мертворождением либо рождением живого ребенка с проявлениями заболевания, возникающими сразу после родов или несколько позднее. Возможно рождение детей без клинических симптомов, но с положительными серологическими реакциями, у которых в последующем возникают поздние проявления врожденного сифилиса. Матери, страдающие сифилисом более 2 лет, могут родить здорового ребенка.

- **Сифилис плаценты**

- При сифилисе плацента гипертрофирована, отношение ее массы к массе плода составляет 1 : 4 – 1 : 3 (в норме 1 : 6 – 1 : 5), консистенция плотная, поверхность бугристая, ткань хрупкая, дряблая, легко рвется, окраска пестрая. В ткани плаценты трепонемы найти трудно, поэтому для обнаружения возбудителя берут материал из пуповины, где трепонемы обнаруживаются всегда и в большом количестве.

- **Сифилис плода**

- Изменения, произошедшие в плаценте, делают ее функционально неполноценной, неспособной обеспечить нормальный рост, питание и обмен веществ плода, в результате чего происходит его внутриутробная гибель на 6 – 7-ом месяце беременности. Мертвый плод выталкивается на 3 – 4-й день, обычно в мацерированном состоянии. Мацерированный плод по сравнению с нормально развивающимся плодом такого же возраста имеет значительно меньшие размеры и массу. Кожа мертворожденных ярко-красного цвета, складчатая, эпидермис разрыхлен и легко сползает обширными пластами.
- За счет массивного проникновения бледных трепонем поражаются все внутренние органы и костная система плода. Огромное количество трепонем обнаруживается в печени, селезенке, поджелудочной железе, надпочечниках.

- **Ранний врожденный сифилис**
- Если плод, пораженный сифилитической инфекцией, не погибает внутриутробно, то у новорожденного может развиваться следующая стадия врожденного сифилиса – ранний врожденный сифилис. Его проявления обнаруживаются либо сразу после рождения, либо в течение первых 3 – 4 месяцев жизни. В большинстве случаев новорожденные с тяжелыми проявлениями раннего врожденного сифилиса нежизнеспособны и погибают в первые часы или дни после рождения вследствие функциональной неполноценности внутренних органов и общего истощения.
- Клинические признаки раннего врожденного сифилиса выявляются со стороны кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, нервной системы и в целом соответствует периоду приобретенного сифилиса.
- Внешний вид новорожденного, больного ранним врожденным сифилисом, почти патогномничен. Ребенок слабо развит, имеет малую массу тела, кожа вследствие отсутствия подкожной клетчатки дряблая, складчатая. Лицо младенца морщинистое (старческое), кожа имеет бледно-землистый или желтоватый цвет, особенно на щеках. Вследствие гидроцефалии и из-за преждевременно наступающего окостенения костей черепа размеры головы резко увеличены, родничок напряжен, кожные вены головы расширены. Поведение ребенка беспокойное, он часто кричит, плохо развивается.



- Поражения кожи и слизистых оболочек могут быть представлены всеми разновидностями вторичных сифилидов и особыми симптомами, характерными только для раннего врожденного сифилиса: сифилистическим пемфигоидом, диффузными инфильтрациями кожи, сифилитическим ринитом.
- Массивные костные наслоения на передней поверхности большеберцовой кости в результате многократно рецидивирующих и заканчивающихся оссификацией остеоperiоститов приводит к образованию серповидного выпячивания и формированию ложных саблевидных голеней. Periоститы и остеоperiоститы костей черепа могут привести к разнообразным изменениям его формы. Наиболее типичными являются ягодицеобразный череп и олимпийский лоб.
- У больных ранним врожденным сифилисом могут наблюдаться различные формы поражения нервной системы: гидроцефалия, специфический менингит, специфический менингоэнцефалит, церебральный менинговаскулярный сифилис.
- Наиболее типичной формой поражения органа зрения является поражение сетчатки и сосудистой оболочки глаз – специфический хориоретинит. При офтальмоскопии преимущественно по периферии глазного дна обнаруживаются мелкие светлые или желтоватые пятна, чередующиеся с точечными пигментными вкраплениями. Острота зрения у ребенка не страдает.

## Сифилис врожденный ранний



# Поздний врожденный сифилис

- Данная форма возникает у больных, ранее имевших признаки раннего врожденного сифилиса, или у детей с длительным бессимптомным течением врожденного сифилиса. К позднему врожденному сифилису относят симптомы, появляющиеся через 2 года и более после рождения. Чаще всего они развиваются между 7 и 14 годами, после 30 лет возникают редко.
- Клиническая картина активного позднего врожденного сифилиса в целом аналогична третичному приобретенному: могут наблюдаться бугорковые и гуммозные сифилиды, поражения нервной системы, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата как при третичном сифилисе. Но наряду с этим при позднем врожденном сифилисе имеют место особые клинические признаки, которые подразделяются на достоверные, вероятные и дистрофии.
- К достоверным признакам позднего врожденного сифилиса, возникающим в результате непосредственного воздействия трепонем на органы и ткани ребенка, относят паренхиматозный кератит, специфический лабиринтит и зубы Гетчинсона.

- К вероятным признакам позднего врожденного сифилиса относят радиальные околотростовые стрии Робинсона – Фурнье, истинные саблевидные голени, седловидный нос, ягодицеобразный череп, сифилитические гониты. Вероятные признаки учитываются в сочетании с достоверными или в комплексе с данными серологического обследования, анамнеза.
- Дистрофии (стигмы) возникают как результат опосредованного воздействия инфекции на органы и ткани ребенка и проявляются аномальным их развитием. Диагностическое значение они приобретают лишь тогда, когда у больного одновременно выявляются достоверные признаки позднего врожденного сифилиса, положительные серологические реакции. Наиболее характерными дистрофиями являются следующие: признак Авситидийского – утолщение грудного конца ключицы, чаще правой; аксифоидия (симптом Кейра) – отсутствие мечевидного отростка грудины; олимпийский лоб с очень выпуклыми лобными буграми; высокое (готическое) твердое небо; симптом Дюбуа – Гиссара, или инфантильный мизинец, – укорочение и искривление мизинца внутрь вследствие гипоплазии пятой пястной кости; гипертрихоз лба и висков.

# Триада Гетчинсона



Рис. 79. Гумма.  
Поздний  
врожденный  
сифилис.



Рис. 80. Гетчинсоновские  
зубы.



Рис. 80а.  
Паренхиматозный  
кератит.

Поздний врожденный сифилис



# Диагностика сифилиса

- Жалобы:
- поражение кожи и слизистых оболочек, половых органов,
- выпадение волос,
- субъективные ощущения в области высыпаний;
- увеличение лимфатических узлов.

- Анамнез: Обязательно выясняются следующие данные:
- давность появления высыпаний на коже/слизистых оболочках;
- время, прошедшее с момента полового контакта с предполагаемым источником заражения, до появления высыпаний на коже и/или слизистых оболочках;  повторность поражений кожи и слизистых оболочек;
- был ли ранее поставлен диагноз сифилис и когда лечился;
- было ли ранее поражение кожи/слизистых оболочек половых органов;
- обследован ли половой партнер венерологом и поставлен ли диагноз сифилис с указанием стадии заболевания;
- имеются ли в семье несовершеннолетние дети.



# Общеклинические методы:



- ИФА: определение Jg M, Ig G к *Treponema pallidum* в сыворотке крови ИФА- методом
- ИФ: определение антител к *Treponema pallidum* в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции
- Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном в сыворотке крови:
- Общеклиническое исследование уrogenитального мазка (окраска метиленовым синим и/или по Граму) на другие ИППП (до начала терапии).
- Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом половых органов с помощью темнопольной микроскопии
- Серологические: постановка реакции Вассермана в сыворотке крови
- Постановка РПГА с антигеном бледной трепонемы в сыворотке крови
- ПЦР: обнаружение *Treponema pallidum* в биологическом материале методом ПЦР



Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Культуральное исследование для идентификации условно-патогенных микроорганизмов (аэробных, факультативно- и облигатно-анаэробных, в том числе ассоциированных с бактериальным вагинозом);
- УЗИ органов малого таза.



# Лабораторные исследования:

- Определение в сыворотке крови ИФА-методом специфических антител: Ig M, Ig G: обнаружение АТ к *Treponema Pallidum*;
- ПЦР в биологическом материале: обнаружение ДНК *Treponema Pallidum*;
- Определение *Treponema Pallidum* в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции: обнаружение антител к *Treponema Pallidum*;
- Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном в сыворотке крови: положительная реакция связывания комплемента;
- Серологические: постановка реакции Вассермана в сыворотке крови: положительные результаты;
- Постановка РПГА с антигеном бледной трепонемы в сыворотке крови: положительные результаты.

## Реакция микропреципитации с кардиолипновым антигеном (RPR - Rapid Plasma Reagin)

- - скрининговый метод диагностики сифилиса, (является нетрепонемным тестом, так называемые реакиновые или кардиолипиновые тесты, которые проводят при первичном обследовании на сифилис) посредством определения реакинов - антител класса IgM и IgG (их еще называют реакины), образующихся против антигенов липидного происхождения, образовавшихся при повреждении клеток больного сифилисом или против липидных антигенов бледной трепонемы. Основные показания к применению: первичное обследование на сифилис, медицинские осмотры, контроль эффективности лечения.



**RPR** - первичный скрининговый тест на сифилис, выявляющий антифосфолипидные антитела (своего рода отборочный тест для последующего подробного обследования на сифилис. Метод RPR относится к нетрепонемным тестам. Антитела выявляемые в RPR реакции появляются, как правило, появляются в крови больного через 3-5 недель после заражения (через 10 дней после появления первичного шанкра). В первые 10 дней после появления твердого шанкра они, как правило, не обнаруживаются.

Считается, что RPR-тест положителен в 78% случаев при первичном сифилисе и в 97% случаев при вторичном сифилисе. Низкий титр реакиновых антител (менее 1:8) в первую очередь свидетельствует о ложноположительной реакции, однако такие цифры могут быть и при позднем сифилисе.

# Основные принципы лечения сифилиса

- **Специфическое лечение:**  
назначается больному сифилисом после установления диагноза.
- **Превентивное лечение:**  
проводят с целью предупреждения сифилиса
- **Профилактическое лечение:**  
проводят беременным и детям, рожденным от матерей, больных сифилисом
- **Пробное лечение :**  
может быть назначено при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы.

# Специфическое лечение

- Проводится лицам с установленным диагнозом сифилиса одним из трепонемотцидных антибиотиков:
- Пенициллин и его производные

При непереносимости препаратов пенициллинового ряда -

- Цефтриаксон
- Эритромицин
- Тетрациклин, доксициклин

# Превентивное лечение

Назначается лицам, имевшим половой контакт или тесный бытовой контакт с больными сифилисом, у которых при обследовании не найдено клинических и серологических признаков сифилиса и с момента контакта прошло не более 3-х месяцев.

- Превентивное лечение сифилиса – это схема антимикробной терапии, которая проводится лицам, имевшим половой или тесный бытовой контакт с больными ранними стадиями сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
<u>Антибак</u>	(уровень	Бензатин		однократно	Препарат выбора,
<u>ктериал</u> <u>ьные</u> <u>препара</u> <u>ты</u>	доказательн ости – В-2)	бензилпенициллин флакон 2,4 млн. ЕД,			наибольшая комплаентность /4/.
	Смесь бензатин бензилпенициллина, бензилпенициллина натриевой (или калиевой) соли и бензилпенициллина новокаиновой соли.	флакон	1,8 млн. ЕД	в/м – 2 инъекции в течение недели	

Смесь бензатин бензилпенициллина и бензилпенициллина новокаиновой соли.	флакон	1,5 млн. ЕД	в/м – 2 инъекции в течение недели	
Бензилпенициллина новокаиновая соль	Флакон	600 тыс. ЕД	в/м – 2 инъекции в течение недели	
Цефтриаксон	флакон	500-1000 мг.	для взрослых по 250 мг. в/м 1 раз в день в течение 5 дней	Альтернативные препараты, в случае аллергии к препаратам пенициллинового ряда
Доксициклин	таб.,	капсулы 100-200 мг.	по 100 мг. 2 раза в день в течение 10 дней	Альтернативные препараты, в случае аллергии к препаратам пенициллинового ряда



Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне  
Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100%  
вероятность назначения)

- Бензатинбензилпенициллин (флакон 2,4 млн. ЕД.);
- Смесь бензатин бензилпенициллина, бензилпенициллина натриевой (или калиевой) соли и бензилпенициллина новокаиновой соли (флакон 1,8 млн. ЕД.);
- Смесь бензатин бензилпенициллина и бензилпенициллина новокаиновой соли (флакон 1,5 млн. ЕД.);
- Бензилпенициллина новокаиновая соль (флакон 600 тыс. ЕД.);
- Цефтриаксон (флакон 500-1000 мг);
- Доксициклин (таб., капсулы 100-200 мг).

# Профилактическое лечение

- Проводится беременным, лечившимся по поводу сифилиса, но не снятых с учета, а также страдающим серорезистентностью, начиная с 16 недели беременности.
- Профлечение проводится также детям, родившимся от матерей, болевших или болеющих сифилисом, если мать не получила профилактический курс.

# Пробное лечение

- **Назначается при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы, органов чувств, костей, суставов, когда диагноз клинически трудно исключить или подтвердить лабораторными исследованиями**

# Вторичный сифилис:

- **Этиотропная терапия:**

- **Методика 1.** Терапия осуществляется водорастворимым пенициллином по 1 млн. ЕД через 6 часов 4 раза в сутки, в течение 20 дней.

- **Методика 2** (применяется только при гиперчувствительности, как к антибиотикам пенициллинового, так и цефалоспоринового ряда). Применяются:  
- доксициклин по 0,1 г 3 раза в сутки, в течение 30 дней, на курс 9 г либо тетрациклин по 0,5 г 4 раза в сутки, через 6 часов в течение 30 дней, на курс 60 г;

- - эритромицин 0,5 г на один прием 4 раза в сутки, в течение 30 дней, через 6 часов, на курс 60 г.

- **Методика 3.** Цефазолин по 1,0 г каждые 4 часа 6 раз в сутки, в течение 28 дней.

- **Методика 4:** Цефтриаксон по 1,0 г. в/м x 1 раз в день, через день, курсовая доза 6,0 гр.

- Для профилактики дисбактериоза кишечника назначают противогрибковую терапию: итраконазол 100 мг по 2 капс. в сутки в течение 3-6 дней или флуконазол 150мг 1 раз в 3 дня - 2-3 курса.

- Для повышения неспецифической реактивности организма назначают аутогемотерапию через день по схеме: 2,0-4,0-6,0-8,0-10,0-10,0-8,0-6,0-4,0-2,0.

# Лечение:

## 14.2.1. Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне

### Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность назначения)

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
<u>Антибактериальные препараты (препараты выбора)</u>	Бензатинбензилпенициллин [1,2,3,4]	флакон	2,4 млн. ЕД	1 раз в 7 дней на курс 3 в/м инъекции	Препараты выбора. Водорастворимый пенициллин и его ранние производные были одобрены для лечения сифилиса без каких-либо двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований, проведение которых в настоящее время обязательно. Вместе с тем в литературе имеются данные

					некоторых РКС.
	Смесь бензатин бензилпенициллина, бензилпенициллина натриевой (или калиевой) соли и бензилпенициллина новокаиновой соли.	флакон	1,8 млн. ЕД.	вводится в дозе 1,8 млн. ед 2 раза в неделю на курс 10 в/м инъекций	
	Смесь бензатин бензилпенициллина и бензилпенициллина новокаиновой соли.	флакон	1,5 млн. ЕД.	вводится в дозе 1,5 млн. ед. 2 раза в неделю на курс 10 в/м инъекций	
<u>Антибактериальные препараты (альтернативные препараты)</u>	Доксициклин,	таблетки, капсулы	100 мг	по 100 мг 2 раза в день в течение 30 дней	При непереносимости к препаратам пенициллинового ряда
	Цефтриаксон, 1,0 г в/м 1 раз в сутки № 20	флакон	1,0 гр.	по 1,0 гр. в/м 1 раз в день в течение 20 дней	При непереносимости к препаратам пенициллинового ряда

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность назначения)**

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
<u>Антибактериальные препараты (препараты выбора)</u>	Новокаиновая соль бензилпенициллина	флакон	600 тыс. ЕД.	по 600 тыс. ед. в/м 2 раза в день в течение 20 дней	
	Бензилпенициллин (натриевая соль кристаллическая)	флакон	1 млн. ЕД.	4 раза в сутки на курс 20 дней	
<u>Антибактериальные препараты (альтернативные препараты)</u>	Цефтриаксон, 1,0 г в/м 1 раз в сутки № 20	флакон	1,0 гр.	по 1,0 гр. в/м 1 раз в день в течение 20 дней	При непереносимости к препаратам пенициллинового ряда

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):**

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
<u>Антикандиозные средства</u>	Флуконазол	капсулы	50 мг	1 раз в день 14 дней	Для профилактики кандидоза
<u>Витамины</u>	Аскорбиновая кислота	ампулы	5% 2,0 мл	1 раз в день 15 дней	Для улучшения обменных процессов
	Пиридоксин	ампулы	5% 1,0 мл	1 раз в день 15 дней	
	Тиамин	ампулы	5% 1,0 мл	1 раз в день 15 дней	
	Цианокобаламин	ампулы	500 мкг 1,0 мл	1 раз в день 15 дней	



## Препаратами выбора для лечения сифилиса в настоящее время остаются антибиотики пенициллиновой группы:

- 1) дюрантные (пролонгированные) препараты пеницилина – групповое название бензатина бензилпенициллин (ретарпен, экстенциллин, бициллин-1), обеспечивающие пребывание антибиотика в организме до 18 – 23 суток;
- 2) препараты средней дюрантности (прокаин-бензилпенициллин, новокаиновая соль бензилпенициллина), обеспечивающие пребывание антибиотика в организме до 2 суток;
- 3) препараты водорастворимого пеницилина (бензилпеницилина натриевая соль), обеспечивающие пребывание антибиотика в организме в течение 3 – 6 ч;
- 4) комбинированные препараты пеницилина (бициллин-3, бициллин-5), обеспечивающие пребывание антибиотика в организме в течение 3 – 6 суток.

# Профилактические мероприятия:

- Диспансерное обследование в течение 2 лет после лечения;
- Своевременное выявление, обследование и лечение половых партнеров;
- Исключение беспорядочных половых связей в последствие;
- Массовая профилактическая пропаганда, по личной и общественной профилактике ИППП через средства массовой информации, раздачу памяток и просмотр мультимедийных программ;
- Индивидуальные консультации и профилактические беседы с родителями и учащимися старших классов по вопросам межличностных отношений, полноценной информации о сексуальных отношениях, последствий раннего начала половой жизни, нежелательной беременности, разъяснение правил безопасного секса (применение презерватива);
- В кабинетах приема врачей дерматовенерологов, акушер-гинекологов, урологов, кабинетах профилактических осмотров консультирование по способам предотвращения или снижения риска инфицирования сифилисом и другими ИППП;
- Подготовка волонтеров (учащихся образовательных учреждений) для проведения бесед о безопасном поведении и распространении литературы информационно-образовательного характера по вопросам профилактики ИППП.

# Клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения:

- 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения
- 1 раз в 6 месяцев в течение второго года наблюдения

# Список литературы:

- 1) Европейское руководство по ведению больных по ЗППП.-2001 г.- Журнал 12.- №3ю- 111 с. 2) Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями.-2011 г.- с.- 109. 3) Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // Department of health and human services Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and Reports December 17, 2010 / Vol. 59 / No. RR-12./ p. 114. 4) Клинические рекомендации. Дерматовенерология // Под ред. А. Кубановой.- М.: ДЭКС-Пресс.- 2007.- С.21-35. 5) Kingston M, French P, Goh B, Goold P, Higgins S, Sukthankar A, Stott C, Turner A, Tyler C, Young H, Syphilis Guidelines Revision Group 2008, Clinical Effectiveness Group. UK National guidelines on the management of syphilis 2008. Int J STD AIDS 2008 Nov;19 (11):729-40.



## Syphilitische Ziekten.



Papels vormende syphilitische aandoening aan hals en nek.

Witte vlekken in den hals bij Syphilis. (Optreden van witte huidvlekken, meest aan den hals en nek.)



Kaalhooftheid bij Syphilis. (Haaruitval door uitslag.)



Syphilitische puisten in het gezicht.



Papelvormige syphilitische aandoening van de wenkbrauwen en het bovenste ooglid.



Acute aandoening van de bovenlip en van de tong, met zwelling der onderkaaksluis.

## Syphilitische Ziekten.



Grootvlekkig Roseola.



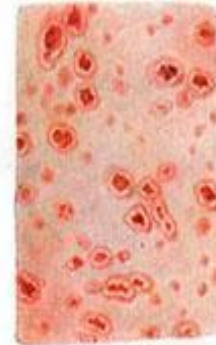
Gummaknobels met moneelachtige kostvormen.



Syphilitische zweeren aan de voeten.



Syphilitische huiduitslag over het geheele lichaam.



Grootblaasig schubachtig huiduitslag (Syphilid).



Clavi syphilitici. Syph. wratten. Kestrichtige bruinroode knobels op de handpalm.



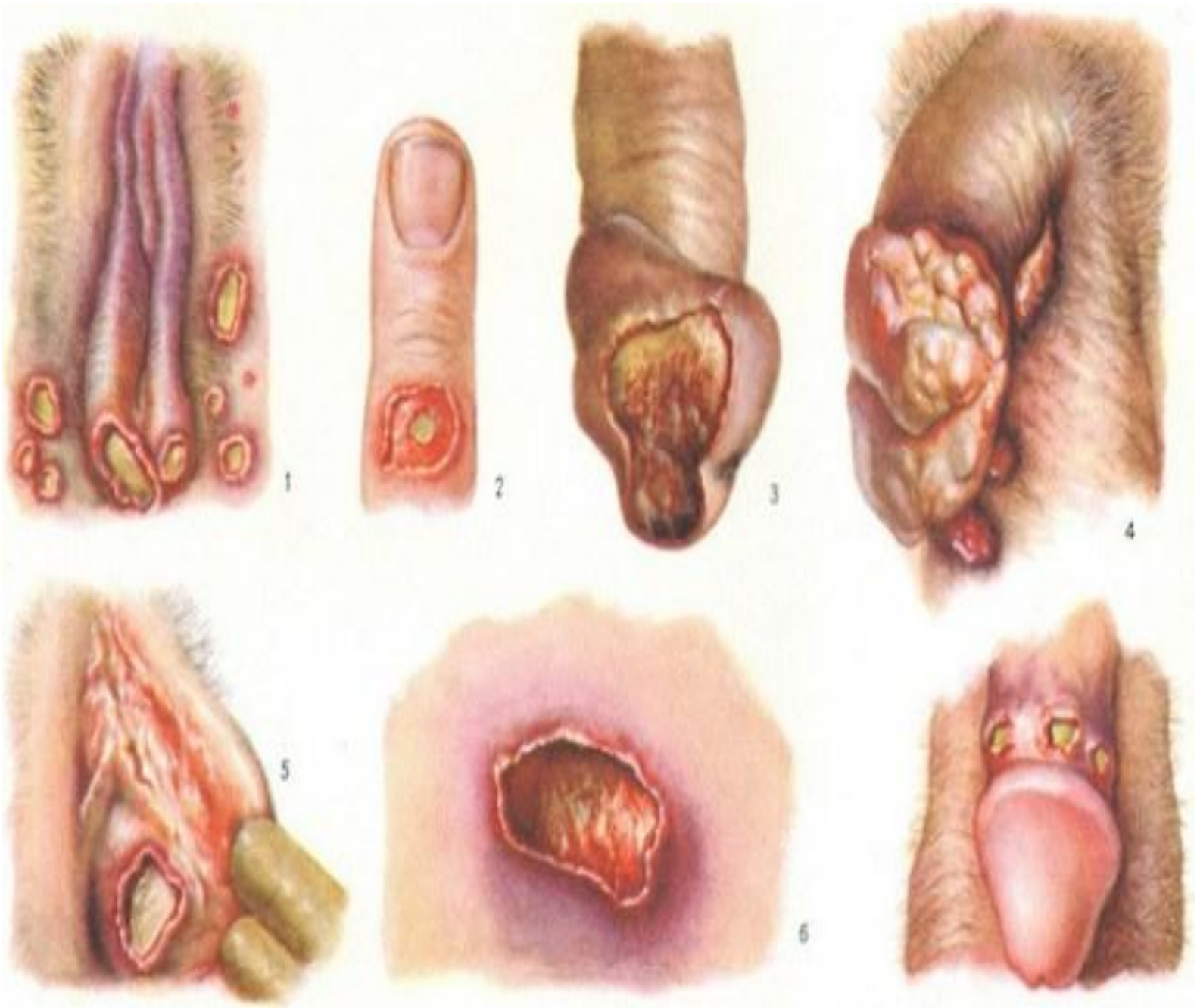
Syphilitische schubvormig huiduitslag (Poriasis syphili).



Syphilitische sponsachtige woekeringen van de behaarde hoofdhuut.



Syphilitische nagelontsteking (Onychia syphilitica).





**Спасибо за  
внимание!!!**