

Лекция № 9
для студентов педиатрического факультета

Первичный и вторичный период
сифилиса. Скрытый сифилис.
Серологическая диагностика
сифилиса.

ПЛАН ЛЕКЦИИ

Первичный период сифилиса. Общее течение первичного сифилиса, динамика клинических проявлений, деление на серонегативный и серопозитивный периоды. Классификация шанкров. Осложнения первичной сифиломы: баланопостит, фимоз, парафимоз, гангренизация, фагеденизм. Дифференциальный диагноз. Регионарный склераденит. Особенности течения первичного сифилиса в настоящее время. Продромальные явления перед переходом во вторичный период.

Вторичный период сифилиса. Клиника, течение. Эпидемиологическое значение вторичного периода сифилиса. Характеристика морфологических элементов сыпи. Сифилитические розеолы, папулы, пустулы. Разновидности сифилитической розеолы: сливная, возвышающаяся, зернистая. Разновидности сифилитических папул. Разновидности пустулезного сифилида: импетигиозный, угревидный, оспенновидный, сифилитическая эктима и рупия. Диагностические критерии вторичного свежего и рецидивного сифилиса. Сифилитическая плешивость. Лейкодерма. Поражение внутренних органов во вторичном периоде сифилиса. Особенности современного течения вторичного сифилиса.

Скрытый сифилис. Классификация. Активное выявление больных. Рост удельного веса скрытого сифилиса в структуре клинических форм инфекции. Эпидемиологическое значение раннего скрытого сифилиса. Значение позднего скрытого сифилиса в развитии нейросифилиса, поздних висцеральных поражений.

Серологическая диагностика сифилиса. Ведущее место в лабораторной диагностике сифилиса серологических методов. Регламентированные серологические реакции. Приказ № 87 Минздрава РФ от 26.03.2001 г.; приказ № 8-п от 10.01.08 г. «О скрининговом обследовании на сифилис населения Свердловской области». Виды серологических реакций. Кардиолипиновые тесты: МР, VDRL, RPR. Трепонемные тесты: ИФА, РНГА, РИФ, РИБТ, реакции иммунного блотинга. Динамика серологических реакций, их назначение, диагностическая ценность.

ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС

Клиническая картина

Начало первичного периода сифилиса (*syphilis primaria*) характеризуется появлением первичного аффекта — **твердого шанкра** (*ulcus durum*; от фр. *chancre* — язва). Первичный дефект далеко не всегда бывает в форме язвы, поэтому более корректно называть дефект кожи или слизистой оболочки **первичной сифиломой**.

Твердый шанкр соответствует язвенному поражению.

Первичная сифилома появляется в среднем через 3 — 4 недели после контакта с больным заразной формой сифилиса. Она возникает в месте первичного внедрения бледных трепонем через поврежденную кожу или слизистые оболочки.

Твердый шанкр начинается с эритемы, которая быстро инфильтрируется и превращается в папулу с последующим возникновением поверхностной эрозии или язвы.

Первичная сифилома достигает максимального развития через 1 — 2 недели и может заживать через 4 — 6 недель даже без лечения. Обычно ее наблюдают и в начале свежего вторичного сифилиса. Эрозивный дефект часто эпителизируется с депигментацией, а язвенные сифиломы рубцуются с образованием четкого округлого рубца.

ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

Твердый шанкр имеет вид эрозии или поверхностной язвы блюдцеобразной формы с четкими ровными границами, гладким, блестящим «лакированным» дном красного (мясного) или желтовато-розового цвета и скудным серозным отделяемым.

В основании шанкра имеется плотный инфильтрат, резко отграниченный от окружающей ткани.

При пальпации шанкра определяется плотноэластическое хрящевидное образование, напоминающее консистенцию хряща ушной раковины. Уплотненный участок при сдавливании отчетливо пружинит, эластичен.

При расположении сифиломы в области внутреннего листка препуциального мешка возникает симптом «козырька» или «вывернутого века» за счет выраженной инфильтрации в этой области.

Субъективные ощущения чаще отсутствуют.

Величина шанкра разнится в среднем от 0,4 до 1,0 см. Встречаются «карликовые» («chancre pain» размером с булавочную головку) и гигантские (до 3 — 5 см) шанкры. Последние локализуются преимущественно на мошонке или лобке.

Для первичной сифиломы типичны два варианта окраски:

- **красный** (цвет живого мяса) и
- **серый, тусклый**, как бы покрытый слоем «испорченного сала» за счет коагуляции белка и поверхностного некроза. Иногда в центре шанкр серовато-желтоватый, а по периферии красный.

ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

Края шанкра покато, как у плоского блюдечка, спускаются к центру или лежат на одном уровне с окружающей кожей. Отделяемое неосложненной сифиломы скудное, полупрозрачное, слегка мутное.

Количество твердых шанкров различно. У большинства больных они единичные.

Первичная сифилома может локализоваться на любом участке кожи или слизистых оболочек.

Естественна наибольшая частота локализации твердого шанкра на половых органах, в местах микротравм, наиболее часто возникающих при половых сношениях. Так, у мужчин твердый шанкр встречается в области внутреннего листка препуциального мешка, венечной борозды, на передней поверхности полового члена, его головки, наружного отверстия мочеиспускательного канала, мошонки, лобка, паховой области.

У женщин шанкры чаще локализуются на больших и малых половых губах, в области задней спайки, шейки матки, клитора, наружного отверстия мочеиспускательного канала. На больших или малых половых губах шанкр имеет характерную форму с уплотнением; в области задней спайки — полулунную. В области складок на двух соприкасающихся поверхностях при наличии трения, влажности и мацерации встречаются «шанкры-отпечатки» или «шанкры-поцелуи».

Экстрагенитальные шанкры, частота появления которых составляет 1,5— 10 %, чаще локализуются в области рта и заднего прохода, реже на кистях, предплечьях, бедрах, животе, в подмышечной области, на молочных железах и лице. В области ануса шанкр имеет щелевидную форму.

Биполярными называются первичные шанкры, возникающие у больного одновременно на двух далеко отстоящих друг от друга участках тела (например, на половых органах и в области губ и т.д.).

ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

Вторым признаком первичного периода сифилиса является **регионарный лимфаденит** (*склераденит, сопутствующий бубон*), который обязательно сопровождает каждый шанкр.

В типичных случаях регионарные лимфатические узлы увеличены, плотны, безболезненны, не спаяны ни между собой, ни с окружающими тканями, подвижны, кожа над ними не изменена. Они обнаруживаются на 6—10-е сутки после образования первичной сифиломы. Иногда вследствие перекреста лимфатических путей паховый регионарный склераденит возникает на противоположной стороне паховой складки.

Чаще всего бывает двусторонний паховый лимфаденит, при котором увеличивается несколько лимфатических узлов, причем один в центре больше, чем все остальные. Они образуют так называемую плеяду Рикора.

Третьим признаком клинической картины первичного сифилиса является ***специфический лимфангиит*** (*воспаление лимфатического сосуда на протяжении от твердого шанкра до регионарных лимфатических узлов*).

Он проявляется безболезненным тяжем, не спаянным с окружающей тканью, с отдельными «четками» и локализуется чаще на спинке полового члена (дорсальный лимфангиит). На других участках этот признак встречается достаточно редко.

К атипичным шанкрам относятся

- шанкр-амигдалит (миндалины),
- шанкр-панариций и
- индуративный отек.

ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

Шанкр-амигдалит характеризуется односторонним поражением. При нем миндалина увеличивается в размере, краснеет, отекает и уплотняется. При наружном осмотре эрозии или язвы не видно, однако их можно обнаружить в лакунах миндалин. В отличие от ангины гиперемия не разлитая. Характерно одностороннее увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов. При глотании отмечается незначительная болезненность или дискомфорт. Симптомы интоксикации и повышение температуры, как правило, отсутствуют. Характерна гнусавость голоса.

Шанкр-панариций находится на дистальных ногтевых фалангах пальцев рук. Он обычно возникает при заражении медицинских работников, работающих без перчаток. Чаще поражаются первые три пальца правой руки, особенно указательный. Процесс начинается с эрозии (или язвы) и одновременного уплотнения тканей, чаще всего в области концевых фаланг пальцев правой кисти. Фаланга припухает и принимает вид луковицы или шаровидного вздутия. Инфильтрат глубокий, плотный, кожа над ним приобретает темно-красную, застойно-багровую или lividную (розовосиреневую) окраску. Вскоре увеличиваются локтевые и подмышечные лимфатические узлы. Язва длительно (в течение нескольких недель или месяцев) не заживает и производит впечатление вульгарного панариция. Одной из особенностей шанкра-панариция является его болезненность.

Индуративный отек обычно наблюдается при расположении твердого шанкра в области больших и малых половых губ у женщин и в области крайней плоти или мошонки у мужчин. Пораженный участок становится плотным, твердым. Его размер увеличивается в 2 — 4 раза. Болезненность не отмечается. При пальпации углубление не образуется. Кожа становится темно-красной, иногда с синюшным оттенком. Процесс обычно носит односторонний характер и держится несколько недель.

ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

К осложнениям твердого шанкра относятся

- импетигинизация,
- эрозивный баланопостит,
- вульвовагинит,
- фимоз,
- парафимоз,
- гангренизация,
- фагеденизм,

обычно развивающиеся при наслоении вторичной инфекции, нерациональном лечении и самолечении.

Импетигинизация заключается в том, что при присоединении вторичной инфекции по периферии шанкра появляется гиперемизированный венчик, ткани отекают, отделяемое становится обильным, серозно-гнойным, появляется болезненность в области сифиломы и регионарных лимфатических узлах.

При расположении твердого шанкра в области гениталий у мужчин вследствие мацерации и присоединения вторичной инфекции кожа вокруг шанкра краснеет, отекает и мацерируется с образованием эрозий разных размеров (**баланит**).

При переходе воспалительного процесса на внутренний листок крайней плоти возникает **эрозивный баланопостит**.

У женщин в области больших и малых половых губ вокруг шанкра могут развиваться явления **вульвита и вульвовагинита**.

ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

Фимоз характеризуется отеком и увеличением в объеме крайней плоти, сужением препуциального кольца, препятствующим открыванию головки полового члена. Половой член принимает форму «языка колокола». Из препуциального мешка выделяется серозногнойный экссудат. Регионарные лимфатические узлы могут быть болезненными.

Парафимоз (удавка) возникает при ущемлении головки полового члена суженным препуциальным кольцом при его насильственном отодвигании за венечную борозду. Выраженный отек и болезненность затрудняют обратное вправление головки, вызывая нарушение крово- и лимфооттока, что может потребовать хирургического вмешательства.

Гангренозный твердый шанкр — довольно редкое осложнение, развивающееся у ослабленных, истощенных людей со сниженным иммунитетом. Некротический процесс захватывает всю поверхность твердого шанкра. Появляется плотный струп грязносерого или черного цвета, после отторжения которого обнажается глубокая язва. Дефект медленно заполняется грануляционной тканью с последующим формированием рубца. Гангренозный шанкр сопровождается лихорадкой, ознобом, головной болью.

Фагеденический твердый шанкр (от греч. *Phagein*—пожирать) встречается редко. Как и гангренозный шанкр, он развивается у ослабленных, истощенных больных и характеризуется некротизацией тканей. От гангренозного шанкра он отличается прогрессирующим течением, массивным разрушением тканей и распространением процесса как по периферии, так и в глубину. Диагностика фагеденических шанкров затруднительна до того, как серологические реакции станут позитивными, так как обилие вторичной флоры ограничивает возможность выявления бледной трепонемы.

ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС (продолжение)

Диагностика

Диагноз первичного сифилиса ставится на основании характерной клинической картины, обнаружения бледных трепонем в отделяемом первичной сифиломы.

При осложнении шанкра фимозом или вторичной инфекцией проводится пункция регионарного склераденита.

В первичном серопозитивном периоде выявляются положительные серологические реакции.

Важное значение при постановке диагноза имеют данные анамнеза и результаты обследования половых партнеров.

Дифференциальная диагностика

Первичный сифилис дифференцируют с

- **эрозивным баланопоститом,**
- **генитальным герпесом,**
- **мягким шанкром,**
- **раком кожи,**
- **чесоточными эктимами,**
- **острой язвой вульвы,**
- **шанкриформной пиодермией и др.**

За неделю до окончания первичного периода развивается специфический полиаденит.

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС

Клиническая картина

Вторичный период сифилиса (*syphilis secundaria*) наступает в среднем через 6 — 7 недель после появления твердого шанкра и проявляется высыпаниями на коже и слизистых оболочках.

Различают

- **вторичный свежий** (*syphilis II recens*),
- **скрытый** (*syphilis II latens*),
- **рецидивный сифилис** (*syphilis II recidiva*).

Клинически вторичный период сифилиса характеризуется симметричными высыпаниями пятен, папул и пустул розового или синюшно-красного цвета, не оставляющими рубцов (кроме глубоких пустул). Высыпания имеют небольшие размеры, округлую форму и четкие границы. Обычно они не сопровождаются субъективными ощущениями. Высыпания внезапно появляются, существуют от 1 до 3 недель и самопроизвольно исчезают. У больных свежим сифилисом отмечается полиаденит.

Для вторичного периода заболевания характерны определенные типы сифилидов.

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

Розеола представляет собой хорошо отграниченное круглое розовое пятно без шелушения и субъективных ощущений. Элемент не возвышается над кожей. При диаскопии сифилиды исчезают. Розеола расположена беспорядочно, симметрично, фокусно. Периферический рост не наблюдается. На поверхности розеол эпидермис не изменен.

При вторичном свежем сифилисе розеола яркие, персикового цвета, обильные, мелкие, симметричные, не сливаются между собой. Чаще элементы локализуются на боковой поверхности туловища, сгибательной поверхности предплечий, в области живота, на бедрах.

При вторичном рецидивном сифилисе появляются крупные цианотичные или бледные розеола. Количество элементов незначительное, расположение ассиметричное. Обычно они группируются с образованием фигур.

Из разновидностей розеол выделяют

- **возвышающуюся** (*roseola elevata*),
- **зернистую** (*roseola granulata*) с подчеркнутым фолликулярным рисунком,
- **сливающуюся** (*roseola confluens*),
- **кольцевидную розеолу** (*roseola annularis*), обычно наблюдаемую при рецидивном сифилисе.

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

Папулезные сифилиды (*syphilis papulosa*) — наиболее частые высыпания, особенно при рецидивах. Они не вызывают субъективных ощущений. Папулезные сифилиды хорошо отграничены, плотные, округлые или овальные. Цвет их буровато-красный, иногда медный.

Вначале поверхность папул гладкая. В период регрессирования возникает шелушение, распространяющееся от центра к периферии, нередко приобретая вид венчика («воротничок Биетта»).

Без лечения элементы разных стадий сифилиса держатся в течение 2 — 3 мес. Исчезая, папулезные сифилиды оставляют после себя временную пигментацию.

При специфическом лечении папулы быстро рассасываются и исчезают.

По величине различают

- **лентикулярные** (размером с чечевицу),
- **нумулярные** (размерами до 2 — 3 см в диаметре),
- **милиарные** (1 — 2 мм в диаметре) папулы.

Папулезные элементы возникают на любом участке кожного покрова и видимых слизистых оболочек.

Выделяют такие варианты, как

- **corona Venereis** (на границе лба и волосистой части головы) и
- **себорейный сифилид** на местах, где много сальных желез, в виде кокарды (в центре крупная папула, а по периферии ободок из более мелких).

В складках высыпания легко сливаются и мацерируются, образуя эрозивные и вегетирующие папулы — **широкие кондиломы** (*condyloma lata*).

Характерным признаком является болезненность при надавливании на сифилитическую папулу (гипералгезия — симптом Ядассона).

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

Пустулезные сифилиды (*syphilis pustulosa*) встречаются значительно реже пятнистых и папулезных. Они возникают у больных с сопутствующими инфекционными заболеваниями, пациентов, страдающих алкоголизмом, наркоманией. Нередко пустулезные сифилиды сопровождаются признаками общей интоксикации, лихорадкой, недомоганием, болями в суставах и другими симптомами злокачественно текущего сифилиса.

Выделяют следующие разновидности пустулезных сифилидов:

- **угревидный** (*acne syphilitica*) — элемент величиной 2 — 5 мм. Это плотный остроконечный красно-бурый сифилид правильной круглой формы. Через 2 — 3 сут на вершине образуется желтоватая или бурая корочка, вскоре отпадающая. Без лечения высыпания держатся 1,0—1,5 мес;
- **импетигиозный** (*impetigo syphilitica*) — величиной с горошину и крупнее. Поверхностные сливающиеся пустулы засыхают в сплошную корку, в основании которой наблюдается незначительный инфильтрат. После снятия корки остается поверхностная эрозия, заживающая без образования рубца;
- **сифилитическая эктима** (*ecthyma syphilitica*) — развивается обычно не ранее полугода после заражения. Представлена язвой с отвесными плотными краями под толстой слоистой коркой. Заживает через несколько месяцев втянутым круглым рубцом. Число элементов единичное. Наиболее частая локализация — голени;
- **сифилитическая рупия** (*rupia syphilitica*) — образование, аналогичное эктиме, но глубже и крупнее. Возникает на туловище и конечностях у истощенных, ослабленных больных. Распространяется вглубь и по периферии, может серпигинировать. Корка почти черная, слоистая, как бы плавает в язве. Дно покрыто вялыми грануляциями. После заживления остается глубокий втянутый рубец.

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

Пигментные сифилиды — сифилитическая лейкодерма (leucoderma syphilitica, пигментный сифилид Пилло—Арди), характеризующаяся изменением цвета кожи на задней и боковых поверхностях шеи, в области плечевого пояса, реже на других участках. Сифилитическая лейкодерма возникает на 4 —6-м месяце после заражения, чаще у женщин.

Лейкодерма обычно малозаметна, представлена дисхромией (нерезко выраженные пятна белого цвета на фоне умеренной гиперпигментации), создающей впечатление грязной шеи. Диаметр всех элементов одинаковый: от 0,5 до 2,0 см. Они не сливаются между собой. Отсутствуют периферический рост, шелушение, зуд и боль. Иногда депигментация распространяется равномерно на всю шею в виде «ожерелья Венеры» (collier de Venus).

Лейкодерма может возникать на груди, в аксиллярных областях, на туловище, на конечностях. Лицо, как правило, не поражается. Заметна лейкодерма лучше при боковом освещении.

Различают три формы:

- 1) пятнистую** — пятна белого цвета, окруженные широкими прослойками гиперпигментированной кожи;
- 2) кружевную или сетчатую** — картина кружева, в петлях которого заложены белые круглые или овальные пятна;
- 3) мраморную** — контрастность депигментации незначительная, впечатление грязной кожи.

Пигментный сифилид без лечения может не исчезать до 2 лет. У больных с явлениями лейкодермы часто поражена нервная система.

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС. Клиническая картина (продолжение)

Сифилитическое облысение (*alopecia syphilitica*) — плешивость, развивается постепенно на 4 — 6-м месяце после заражения и часто сочетается с лейкодермой. Поражаются волосистая часть головы, усы, бакенбарды, борода, брови, ресницы, область лобка (mons Veneris).

Различают

- **диффузное выпадение волос** по всей волосистой части головы, как при некоторых общих острых инфекционных заболеваниях,
- **мелкоочаговое выпадение** в виде небольших очагов, прогалин, напоминающих мех, изъеденный молью,
- **смешанное выпадение волос** (сочетание диффузного и мелкоочагового процессов).

Оставшиеся волосы часто становятся тусклыми, сухими, могут завиваться как пушковые, возникает «симптом парика».

Алопеция всегда лишь временное явление. В дальнейшем волосы полностью восстанавливаются, в результате лечения — быстрее.

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС (продолжение)

Диагностика

Все серологические реакции во вторичном периоде сифилиса резкоположительные.

Реакция обострения на начало лечения (реакция Герксгеймера—Яриша—Лукашевича) проявляется подъемом температуры, чувством озноба, миалгией, появлением или усилением розеолезной сыпи примерно через 4 ч после введения пенициллина за счет массовой гибели трепонем и выделения эндотоксина.

Эта реакция служит маркером терапии *ex juvantibus* (пробной терапии) и диагностическим критерием первичного и вторичного свежего сифилиса.

При скрытых формах сифилиса эта реакция обострения не появляется.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика розеолезного сифилида проводится со следующими дерматозами:

- пятнистая токсидермия,**
- розовый лишай,**
- отрубевидный лишай,**
- краснуха,**
- мраморность кожи,**
- корь.**

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС. Дифференциальная диагностика (продолжение)

Дифференциальный диагноз **папулезных сифилидов** проводится с

- **каплевидным парапсориазом,**
- **вульгарным псориазом,**
- **чесоткой,**
- **папулонекротическим туберкулезом кожи,**
- **красным плоским лишаем,**
- **остроконечными кондиломами,**
- **вульгарными бородавками,**
- **токсидермиями.**

Пустулезные сифилиды отличаются от **пиодермитов (импетиго, эктима), угревой сыпи и ветряной оспы** отсутствием островоспалительных явлений, яркого эритематозного ободка, наличием синюшно-красного плотного основания.

Сифилитическую лейкодерму следует дифференцировать с

- **витилиго** и
- **вторичными лейкодермами** (при псориазе, разноцветном лишае и др.).

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС. Дифференциальная диагностика

(продолжение)

При гнездном облысении появляются крупные округлые очаги, чаще единичные, резко отграниченные, имеющие блестящую, глянцевую поверхность с полным отсутствием волос (как бильярдный шар) и зону расшатанных волос по периферии.

При микроспории и трихофитии волосистой части головы в очагах поражения наблюдаются шелушение и гиперемия, видны остатки обломанных волос. При лабораторном исследовании в пораженных волосах обнаруживаются споры гриба.

При себорейном облысении волосы жирные или сухие, тонкие, ломкие. Процесс прогрессирует медленно, сопровождается зудом. Выпадение волос развивается в лобной и теменных областях.

Преждевременное облысение имеет наследственный характер. Оно развивается постепенно и медленно. Волосы выпадают прежде всего в лобной и теменной областях. Серологические реакции на сифилис отрицательные.

Выпадение волос после острых инфекционных заболеваний (брюшной и сыпной тиф, грипп) устанавливают на основе анамнестических данных, диффузного характера облысения, отсутствия признаков сифилиса, отрицательных серологических реакций на сифилис.

Исключают вторичную рубцовую алопецию после глубоких язвенных поражений (глубокая пиодермия, травмы, ожоги, инфильтративно-нагноительные микозы) и хронических дерматозов (красная волчанка, красный плоский лишай, склеродермия и др.).

СКРЫТЫЙ СИФИЛИС

Различают

- **ранний** (A51.5) (до 2 лет с момента инфицирования),
- **поздний** (A52.8) (свыше 2 лет) и
- **неуточненный**, как ранний или поздний (A53.0) скрытый сифилис.

Характеризуется отсутствием клинических проявлений сифилиса.

Больных ранним скрытым сифилисом в эпидемическом отношении следует считать опасными, так как у них могут возникнуть заразные проявления раннего сифилиса. **Диагноз** устанавливается на основании результатов исследования сыворотки крови с помощью серологических методов (нетрепонемные и трепонемные тесты) и анамнестических данных.

При сборе анамнеза выясняют, был ли ранее поставлен диагноз сифилис, когда, лечился ли; было ли ранее поражение кожи/слизистых оболочек половых органов; обследован ли половой партнер венерологом и поставлен ли диагноз сифилис с указанием стадии заболевания; время, прошедшее с момента полового контакта с предполагаемым источником заражения.

В некоторых случаях диагностики сифилиса помогают данные объективного осмотра (рубец на месте бывшей первичной сифиломы), а также появление температурной реакции обострения (реакция Яриша — Герксгеймера) после начала специфического лечения.

СКРЫТЫЙ СИФИЛИС (продолжение)

Наличие латентного (скрытого) сифилиса чаще всего выявляют случайно по положительным серологическим реакциям.

Скрытый сифилис в последние годы выявляют чаще не только в связи с увеличением фактического числа заболевших, но и вследствие более совершенной диагностики с помощью новых, более чувствительных серологических реакций **РИБТ**, **РИФ** и **ИФА**.

Для выявления больных ранним скрытым сифилисом очень большое значение имеет повторное серологическое обследование с использованием **РИБТ**, которая в сочетании со стойко положительными стандартными серологическими реакциями (с высокой позитивностью) окончательно подтверждает этот диагноз.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз проводят, когда появляются положительные серологические реакции, не связанные с сифилисом (ложноположительные реакции), которые могут наблюдаться при диффузных болезнях соединительной ткани, хронических заболеваниях печени, на последних сроках беременности и т.д.

Серологическая диагностика сифилиса

Серологические тесты на сифилис, рекомендуемые для исследования сыворотки крови:

нетрепонемные тесты (НТТ): реакция микропреципитации (РМП) или аналог — быстрый плазмареагиновый тест (RPR);

трепонемные тесты (ТТ):

- реакция пассивной гемагглютинации (РПГА, ТРНА),
- иммуноферментный анализ (ИФА, ELISA) на антитела класса IgM, IgG и
- суммарные, реакция иммунофлюоресценции (РИФ) в двух модификациях: РИФ200 и РИФабс,
- реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ),
- иммуноблоттинг (ИБ).

НТТ имеют невысокую чувствительность (до 70–90% при ранних формах сифилиса и до 30% при поздних), часто дают ложноположительные результаты (до 2,3%).

ТТ — РИФ и ИФА становятся положительными с 3-й недели от момента заражения, РПГА и РИБТ — с 7–8-й.

РПГА и ИФА имеют универсальное значение и применяются как отборочные тесты и тесты подтверждения.

При применении ИФА или РПГА обязательным условием является использование в повторном анализе той же тест-системы, что и при первичном обследовании. Широкое внедрение в серологическую диагностику сифилиса двух диагностических тестов — ИФА и РПГА — обусловлено их простотой, воспроизводимостью, возможностью автоматизации, доступностью коммерческих тест-систем.

Серологическая диагностика сифилиса (продолжение)

РИФ достаточно чувствительна на всех стадиях сифилиса, начиная с периода инкубации и кончая поздним сифилисом, но ее постановка трудоемка. РИФ применяется как подтверждающий тест при нейросифилисе и дифференциации сифилиса и ложноположительных результатов.

Сфера применения РИБТ постепенно суживается из-за дороговизны и трудоемкости, однако она сохраняет свои позиции как реакция-арбитр при дифференциальной диагностике с ложноположительными реакциями на сифилис, а также при диагностике нейросифилиса.

Метод иммуноблотинга, являющийся одним из вариантов ИФА, может применяться для подтверждения диагноза, дифференциальной диагностики с ложноположительными реакциями на сифилис, особенно в случаях расхождения результатов ТТ.

К отборочным (скрининговым) тестам относят РМП (RPR), РПГА, ИФА, к подтверждающим — ИФА, РПГА, РИФ, РИБТ, ИБ.

Профилактическое обследование населения (скрининг) проводится с использованием реакции микропреципитации (РМП или RPR) или иммуноферментного анализа (ИФА), или реакции пассивной гемагглютинации (РПГА).

При получении положительного результата скринингового теста РМП (RPR) проводится постановка ИФА или РПГА (в случае скрытых форм сифилиса — оба теста), при скрининге с помощью ИФА проводится постановка РМП (RPR) + РПГА, при скрининге с помощью РПГА проводится постановка РМП (RPR) + ИФА.

Обследование больных в стационарах, беременных (в том числе направляемых на искусственное прерывание беременности), доноров проводится с использованием комплекса НТТ и ТТ: РМП (RPR) + ИФА или РМП (RPR) + РПГА.