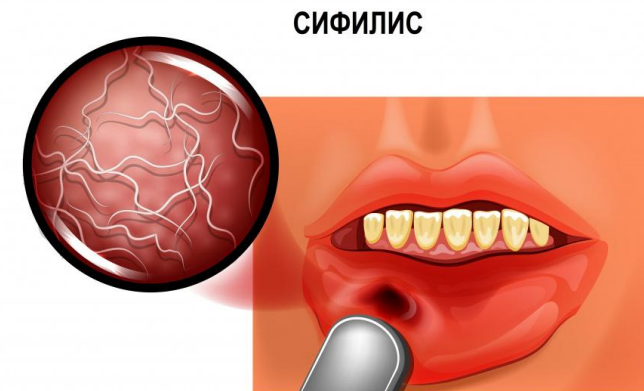


Гумма, морфология.

Болотина Вера группа 2.3.116

Сифилис

- Хроническое системное венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы с последовательной сменой стадий болезни, вызываемое бактериями вида *Treponema pallidum*.



Treponema pallidum

Пути передачи

- **Половой** — наиболее частый и типичный путь инфицирования.
- **Трансплацентарный** — передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, ведущая к развитию врожденного сифилиса. Инфекция передается плоду от нелеченной матери, которая была инфицирована в ранние сроки беременности. При инфицировании в более поздние сроки ребенок может родиться без проявлений сифилиса и заболевает в первые месяцы жизни.
- **Трансфузионный** — при переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии, включая инкубационный период.
- **Бытовой** (является редкостью) — при тесном бытовом контакте с больным, имеющим заразные проявления сифилиса.
- **Профессиональный** — заражение сифилисом персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными, а также акушеров - гинекологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов при выполнении профессиональных обязанностей с нарушением санитарно-гигиенических норм.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ СИФИЛИСОМ



Во время полового акта



При переливании крови,
если донор был заражен
(так бывает крайне редко)



От инфицированной матери
к плоду



При общем использовании
предметов личной гигиены типа
зубной щетки, бритвы и т. д.

Первичный период, через 3 недели с момента заболевания

- **Первичный период сифилиса** характеризуется образованием во входных воротах инфекции затвердения, на месте которого появляется безболезненная округлая поверхностная язва с гладким лакированным дном и ровными, хрящевидной консистенции краями. Так образуется первичный сифилитический аффект — твердый шанкр, или твердая язва. Локализуется первичный аффект при половом заражении на половых органах (головке полового члена, малых и больших губах), при внеполовом — на слизистой полости рта, пальцев рук (у акушеров, патологоанатомов).
- При вовлечении в процесс лимфоузлов (увеличиваются, становятся плотными) в сочетании с первичным аффектом образуется первичный сифилитический комплекс. Инфильтрат располагается вокруг мелких сосудов, в которых наблюдается пролиферация эндотелия, вплоть до полного закрытия просвета. Среди клеток появляются прослойки соединительной ткани, происходит рубцевание и через 2—3 месяца на месте первичного аффекта образуется рубчик. Лимфоузлы склерозируются.

развитие
шанкра



Вторичный период, через 6-10 недель

- Вторичный период характеризуется появлением сифилидов — множественных воспалительных очагов на коже и слизистых оболочках. Различные виды сифилидов: розеолы, капсулы, пустулы. Общими для всех сифилидов являются очаговый отек кожи и слизистых оболочек, разрыхление эпителиального покрова, гиперемия сосудов, воспалительная инфильтрация вокруг них, некроз стенок. Сифилиды богаты трепонемами. В увеличенных лимфоузлах отмечаются отек, гиперплазия, очаги некроза, скопления трепонем. После заживления сифилидов (через 3—6 недель от начала высыпаний) остаются небольшие бесчисленные рубчики, иногда исчезающие.



Третичный период

- Третичный период наступает через 3—6 лет после заражения, проявляется в виде хронического диффузного интерстициально-го воспаления и образования гумм. Хроническое интерстициальное воспаление отмечается в печени, стенке аорты, легких, ткани яичек. По ходу сосудов наблюдаются клеточные инфильтраты, состоящие из лимфоидных и плазматических клеток, наблюдаются продуктивный эндартериит(хроническое заболевание сосудов) и лимфангит. В дальнейшем в пораженных органах развивается сифилитический цирроз. Гумма — очаг сифилитического продуктивно-некротического воспаления, сифилитическая гранулема.

Особенности третичных сифилидов

Бугорки

Гуммы

Поздняя
розеола
Фурнье

Возникают медленно

Не имеют признаков воспаления

Не сопровождаются субъективными расстройствами

Возникают на ограниченных участках

Бугорковый сифилид

- Бугорковый сифилид. Имеет вид узлов величиной с горошину. Бугорки локализуются на коже, располагаются одиночно и группами. Известны 4 формы бугоркового сифилида:
- сгруппированный - бугорки располагаются в группах;
- ползучий - появление новых бугорков, которые сливаются со старыми бугорками;
- сифилид – площадка: характеризуется полным слиянием мелких бугорков в одном участке;
- карликовый – очень мелкие просовидные бугорки наподобие бугорков при туберкулезной волчанке.

Сгруппированный
бугорковый сифилид
(*syphilis tuberculosa*
aggregata)



Рис. 194. *Syphilis tuberculosa aggregata*.

Серпигинирующий
(ползучий)
бугорковый
сифилид (*syphilis*
tuberculosa
serpiginosa)



Рис. 195. Серпигинирующий бугорковый сифилид.

Бугорковый сифилид



Гуммозный сифилид

- Это узел величиной с лесной орех или небольшое яблоко. Локализуется на лице, туловище, голени, в области суставов. Динамика: плотный узел – распад – язва с клеевидными массами – слияние узлов – тяжелая деструкция органов (нос, глаза), при заживлении формируется грубый рубец.

гумма



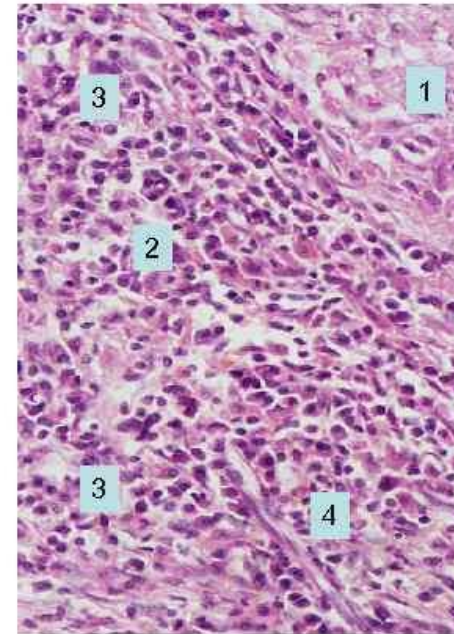
- Гумма представляет собой обширный очаг коагуляционного некроза. Края гуммы состоят из крупных фибробластов, напоминающих эпителиоидные клетки при туберкулезе. Рядом располагается воспалительный мононуклеарный инфильтрат, состоящий исключительно из плазмочитов и небольшого количества лимфоцитов. Гигантские клетки Лангханса встречаются очень редко. Макроскопически некротизированные массы беловато-сероватого цвета, вязкие напоминают клей (гумма обозначает клей). В гуммах выявляются мелкие сосуды с суженными просветами из-за пролиферации эндотелиоцитов. При гуммозных инфильтратах наблюдается типичная картина с формированием периваскулярных воспалительных муфт. Иногда по соседству встречаются микроскопические гранулемы по своему строению практически ничем не отличающиеся от туберкулезных и саркоидных гранул. В гуммах трепонемы очень редки и выявляются с большим трудом. Гуммы могут быть одиночными (солитарные) и множественными.

- Размеры их колеблются от микроскопических до 3-6см. Обычно они окружены рубцовой тканью. Чаще всего они встречаются в коже и слизистых, в печени, костях и яичках. В печени, в начале острой фазы, они могут симулировать нодулярную гипертрофию. Но позже, после рубцевания, в печени возникает цирроз, называемый "шнурковая печень". Гуммы в костях могут разъедать кортикальный слой и вести к перелому. Иногда они сопровождаются разрушением суставов. Все это сопровождается мучительной болью. Семенниковая гумма вначале вызывает увеличение яичка, симулирующее опухоль, затем происходит его уменьшение в результате рубцевания. Кардиоваскулярный сифилис характеризуется поражением артерий различного калибра с развитием пролиферативного артериита с исходом в артериосклероз и хроническим межуточным миокардитом с исходом в диффузный кардиосклероз. Поражение сердца, как правило, сочетается с пролиферативным коронариитом.

солитарная гумма в печени (гематоксилин-эозин)

- Препарат № 3 — солитарная гумма в печени (гематоксилин-эозин)
 - **Макроскопическое описание.** Гумма имеет вид солитарного узла размером от нескольких мм (на коже) до нескольких см (во внутренних органах). На разрезе из этих узлов выделяется желеобразная масса желтого цвета, напоминающая аравийскую камедь, откуда и возникло название сифилитической гранулемы — «гумма».
 - **Микроскопическое описание.** На микропрепарате определяется обширный участок казеозного некроза, окруженный зоной гранулематозного воспаления, представленный лимфоцитами, плазматическими клетками, макрофагами и фибробластами. Среди клеток инфильтрата видны многочисленные мелкие сосуды с продуктивными васкулитами (рис. 3).

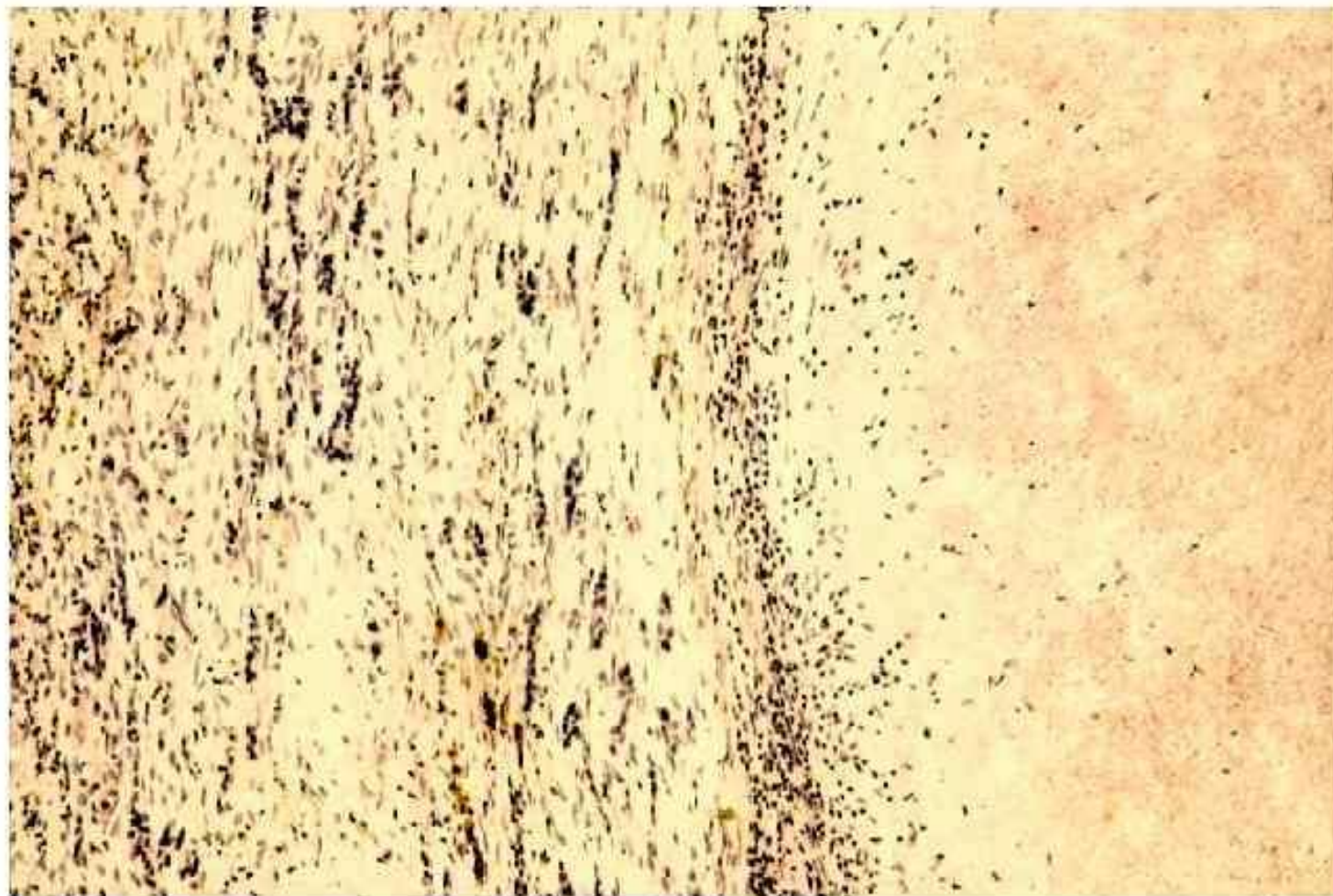
Солитарная (одиночная) гумма печени



- Строение
- 1-казеозный некроз
- 2-ЛЦ, плазматические клетки
- 3 – отдельные эпителиоидные клетки, фибробласты, мф
- 4 - продуктивный васкулит
- Строма - колаген

- Для третичного сифилиса типичным является поражение аорты. Развивается сифилитический мезаортит. Процесс локализуется в восходящей части дуги аорты, чаще непосредственно над клапанами. Брюшная аорта поражается редко. Макроскопически интима аорты бугристая с мелкими множественными рубцовыми втяжениями. Внешний вид такой аорты называют "вид шагреневой кожи". Микроскопически при сифилитическом мезаортите выявляются гуммозные инфильтраты, распространяющиеся со стороны vasa vasorum. Воспалительные инфильтраты разрушают эластические волокна средней оболочки. Стенка аорты истончается и расширяется. Происходит формирование сифилитической аневризмы аорты. Аневризма аорты может приводить к атрофии от давления грудины и прилежащих частей ребер. В них возникают характерные узурсы. Возможно расслоение и разрыв аневризмы с развитием смертельного кровоизлияния. Аортальные клапаны могут вовлекаться в процесс вторично с формированием сифилитического аортального порока, чаще в виде недостаточности аортального клапана.

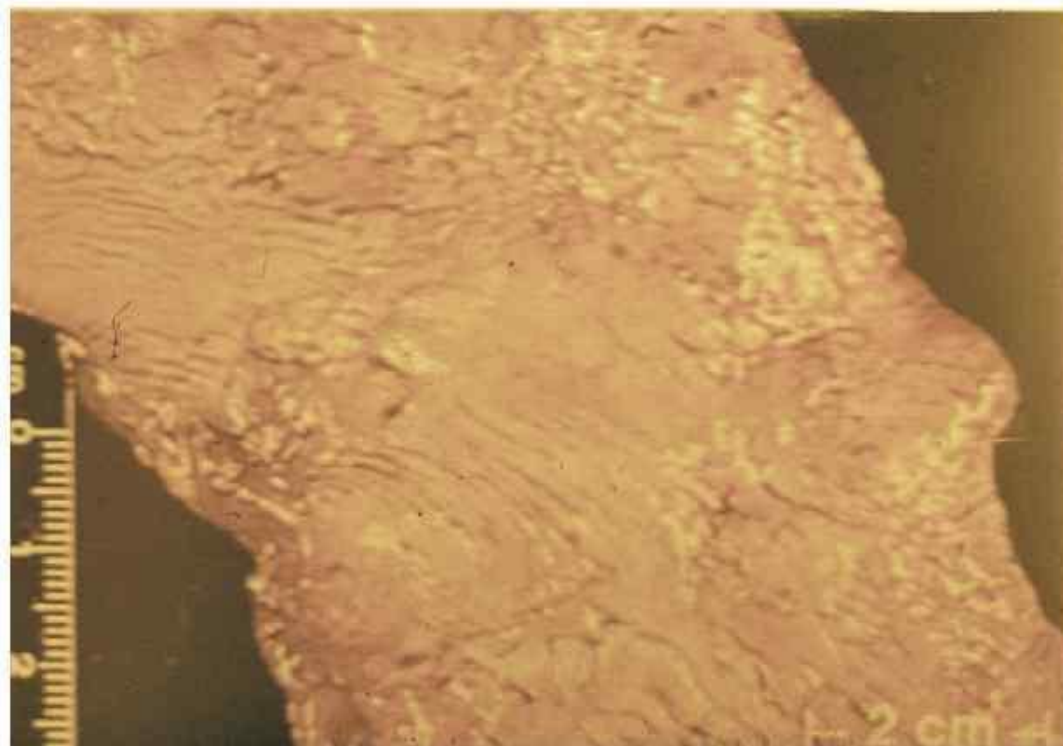
Сифилитическая гумма в печени



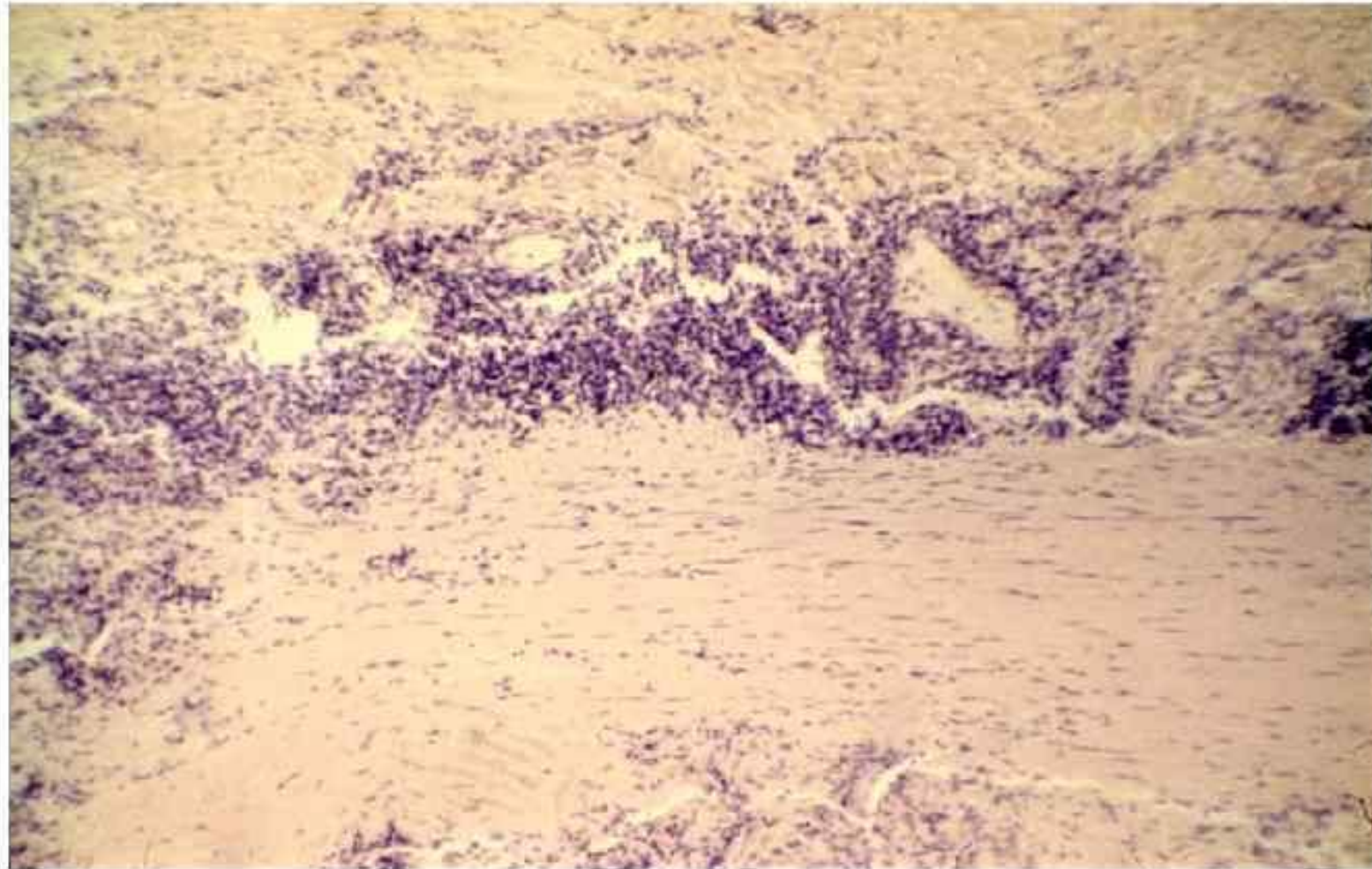
Сифилитический **мезаортит** (интима
вида шагреновой кожи – морщинистая)



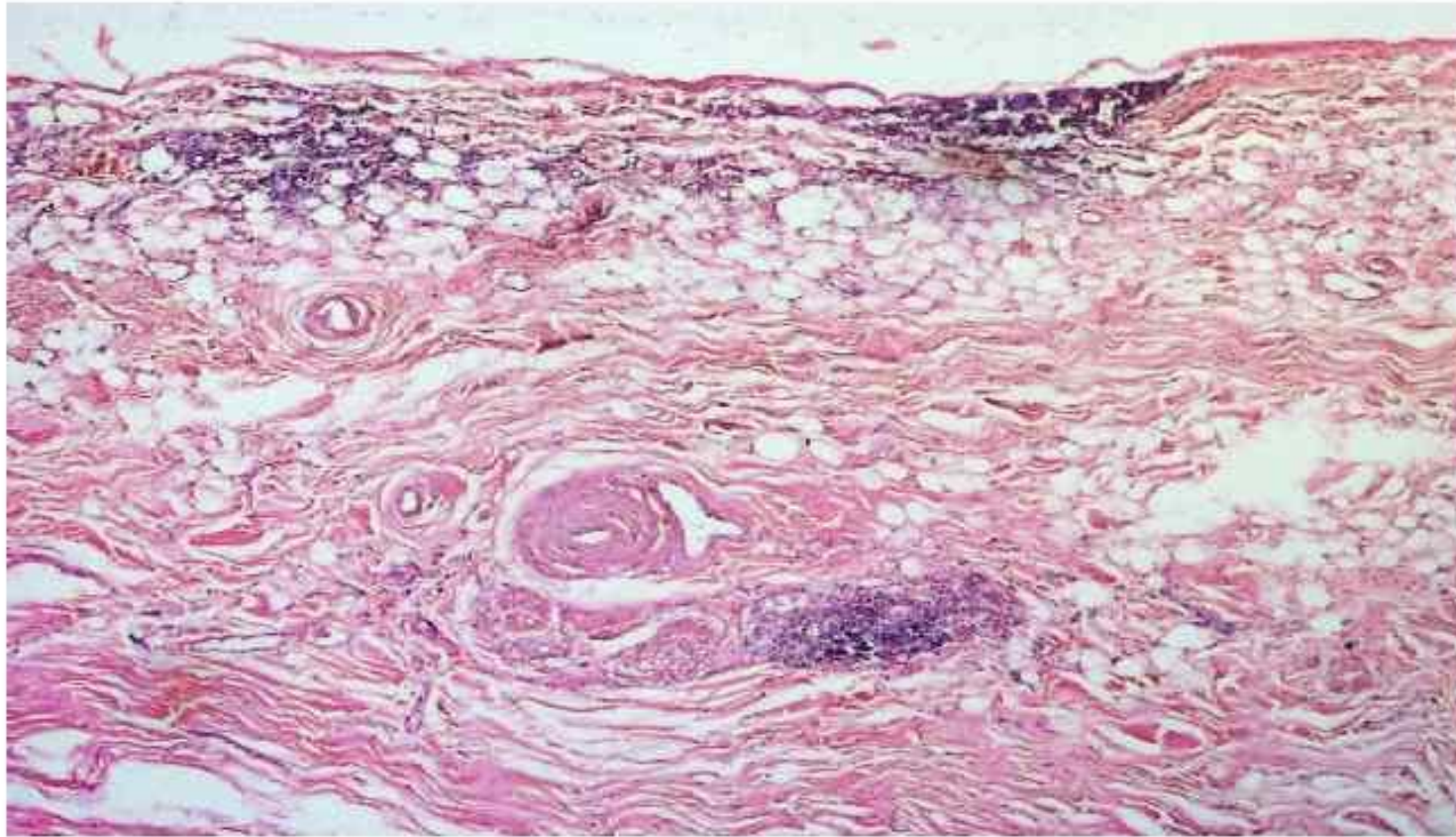
Сифилитический мезаортит – «шагреновая кожа»



Диффузный гуммозный инфильтрат (аналог гуммы) в аорте



Сифилитический мезаортит – гуммозный инфильтрат и продуктивный васкулит по ходу *vasa vasorum* –оп -104а



Сифилитический мезаортит окраска:
фукселин на эластику



Исходы зачастую неблагоприятные:

- грубые рубцовые процессы на коже лица и голеней,
- разрушения и деформация носа («седловидный нос»),
- перфорация твердого неба,
- рубцовые сужения глотки, пищевода,
- фиброз, деформация, укорочение языка,
- разрушение и деформация костей разных локализаций,
- сифилитический мезаортит начальных отделов аорты,
- сифилитическая аневризма и разрыв аорты,
- сифилитический коронарит и инфаркт миокарда,