

СИФИЛИС.

Ассистент кафедры дерматовенерологии Попов В.В.

Сифилис – инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*), передающееся преимущественно половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата и отличающееся стадийным, рецидивирующим, прогрессирующим течением. Сифилис – строгий антропоноз. Чаще всего источниками инфекции являются больные ранними формами сифилиса (в первые два года после заражения) с мокнущими высыпаниями на коже и слизистых оболочках.



ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудитель сифилиса относится к порядку *Spirochaetales*, семейству *Spirochaetaeaceae*, роду *Treponema*, виду *Treponema pallidum*, подвиду *pallidum* (син. *Spirochaeta pallidum*).
- *Treponema pallidum* – спиралевидный микроорганизм, плохо окрашивается анилиновыми красителями из-за большого количества гидрофобных компонентов в цитоплазме.
- Не культивируется на искусственных питательных средах.
- Вне организма неустойчива, гибнет при нагревании, высушивании, под влиянием большинства антисептиков, в кислой и щелочной среде. Устойчива при низких температурах, во влажной среде. Также может существовать в виде цист, L-форм и полимембранных фагосом.
- Циста является формой выживания бледной трепонемы в неблагоприятных условиях среды, рассматривается как стадия покоя *T. pallidum* и обладает антигенной активностью.
- L-форма является способом выживания бледной трепонемы, обладает слабой антигенной активностью.
- Полимембранные фагосомы – результат незавершенного фагоцитоза *T. pallidum*. Инцистирование, L-трансформация и незавершенный фагоцитоз – причина длительной бессимптомной персистенции *T. pallidum*.
- Реверсия трепонем из форм выживания в патогенную спиралевидную форму – причина рецидивов сифилиса

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

❖ Контактный:

- прямой (непосредственный) контакт с больным человеком:
 - половой (наиболее частый и типичный путь инфицирования, заражение происходит через поврежденную кожу либо слизистые оболочки);
 - бытовой (встречается преимущественно у детей при бытовом контакте с родителями, имеющими сифилитические высыпания на коже и/или слизистых оболочках);
 - профессиональный (инфицирование персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными, а также врачей-акушеров-гинекологов, врачей-хирургов, врачей-стоматологов, врачей-патологоанатомов, судмедэкспертов при выполнении профессиональных обязанностей);
- непрямой (опосредованный) контакт – через инфицированные предметы;

❖ Трансплацентарный – передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, ведущая к развитию врожденного сифилиса;

❖ Трансфузионный – при переливании крови от донора, больного любой формой сифилиса.

- Женщина, больная сифилисом и имеющая специфические высыпания в области соска и ареолы, может инфицировать ребенка при грудном вскармливании. Заразительность грудного молока не доказана. Также к заразным биологическим жидкостям относятся слюна и сперма больных сифилисом с клиническими проявлениями соответствующих локализаций. Случаев заражения через пот и мочу не наблюдалось.

ПАТОГЕНЕЗ

- **Инкубационный период** начинается с внедрения возбудителя сифилиса через поврежденную кожу или слизистую оболочку и заканчивается появлением первичного аффекта. В среднем продолжительность инкубационного периода составляет от 2 недель до 2 месяцев, этот период может сократиться до 8 дней или, наоборот, удлиниться до 190 дней. Сокращение инкубационного периода наблюдается при реинфекции и при внедрении возбудителя сифилиса в организм из нескольких входных ворот, что ускоряет генерализацию инфекции и развитие иммунных изменений в организме. Удлинение инкубационного периода наблюдается в результате применения небольших доз трепонемотических антибактериальных препаратов системного действия по поводу интеркуррентных заболеваний.
- В месте инокуляции начинается интенсивное размножение *T. pallidum*, особенности локальной реакции тканей на трепонему определяют клинические характеристики сифилидов.
- В течение нескольких минут *T. pallidum* может внедряться в кровоток, а затем прикрепляется к клеткам хозяина, в том числе эпителиальным, фибробластным и эндотелиальным. Происходит быстрое распространение по лимфатическим кровеносным сосудам, проникновение через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры, что определяет способность *T. pallidum* к диссеминации и приводит к распространению инфекции в различные ткани и органы человека - отдаленным от первичного аффекта проявлениям сифилиса.

ПАТОГЕНЕЗ

- При сифилисе развивается инфекционный (нестерильный) иммунитет, обусловленный присутствием в организме *Treponema pallidum*, и исчезающий вскоре после ее элиминации в результате лечения. В связи с этим после микробиологического излечения сифилиса возможно повторное заражение – реинфекция.
- Взаимодействие возбудителя и факторов иммунной защиты организма больного определяет стадийное, волнообразное течение сифилитической инфекции с чередованием периодов манифестации и периодов скрытого состояния, а также прогрессивность заболевания – постепенное изменение клинической и патоморфологической картины в сторону все более неблагоприятно протекающих проявлений;
- Совокупность вирулентных свойств возбудителя и особенностей реакции иммунной системы на его внедрение обуславливает многообразие клинических проявлений и хроническое рецидивирующее течение заболевания.

ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС

- Продолжительность первичного периода сифилиса в среднем 6-7 недель.
- Характеризуется появлением в месте внедрения бледных трепонем первичного аффекта (твердый шанкр) – эрозия или язва диаметром от 2-3 мм (карликовый шанкр) до 1,5-2 см и более (гигантский шанкр), круглых очертаний, с ровными краями, гладким, блестящим дном розового или красного, иногда серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы (язва), со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации, имеющая в основании плотноэластический инфильтрат.



ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС

- По локализации различают генитальные, экстрагенитальные и биполярные первичные аффекты.
- Шанкры могут быть единичными и множественными, типичными (эрозивными, язвенными) и атипичными.
- К атипичным шанкрам относят: шанкр-амигдалит (одностороннее увеличение и уплотнение небной миндалины), шанкр-панариций (болезненная язва на отечной концевой фаланге пальца), индуративный отек (одностороннее увеличение половой губы у женщин или отечность крайней плоти у мужчин).



- Первичный аффе́кт сопровождается односторонним или двусторонним регионарным лимфаденитом, реже лимфангитом. Увеличенные лимфоузлы безболезненны, плотноэластической консистенции. При присоединении вторичной инфекции развиваются осложнения первичного аффе́кта: импетигинизация, баланопостит, вульвовагинит, фимоз, парафимоз, гангренизация и фagedенизм. В конце первичного периода появляется полиаденит и общеинфекционная симптоматика (интоксикационный синдром).



obolezni.com



- Вторичный период сифилиса начинается с появления первых генерализованных высыпаний на коже и слизистых оболочках, в среднем через 4-8 недель после появления твёрдого шанкра или через 2-3 месяца после заражения и продолжающийся 3-5, иногда до 10 лет.
- Клинические проявления в виде сыпных элементов называемых сифидами.



- Среди разнообразных проявлений, свойственных вторичному периоду, основное место по частоте занимают сифилитические поражения кожи и слизистых оболочек, далее идут поражения опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, нервной и эндокринной систем, органов чувств.
- Поражения обусловлены тем, что размножающиеся в результате гематогенной диссеминации спирохеты проникают в ткани, где в ответ на их внедрение развиваются местные воспалительные изменения, клинически проявляющиеся в виде сыпи.



СИФИЛИДЫ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА ИМЕЮТ НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВСЕХ ЧЕРТЫ:

- 1. Высыпания по течению и исходу вполне доброкачественны. После разрешения следов не оставляют (кроме пустулёзных сифилидов).
- 2. Высыпания не сопровождаются лихорадкой (хотя могут им предшествовать в начале вторичного периода), отличаются хроническим течением и не вызывают субъективных ощущений.
- 3. Течение волнообразной с толчкообразным появлением высыпаний.
- 4. Высыпания округлые, резко отграничены от здоровой кожи, не склонны к периферическому росту и слиянию.
- 5. В элементах вторичного сифилиса отсутствуют признаки острого воспаления (цвет медно-красный, застойный).
- 6. Истинный и ложный (эволюционный) полиморфизм высыпаний.
- 7. Элементы содержат большое количество бледных трепонем и потому заразны, в том числе в плане бытового пути передачи (не все).
- 8. Быстро разрешаются под влиянием специфического лечения.
- 9. При клинических проявлениях серологические реакции положительны в 95-98% случаев.

ТЕЧЕНИЕ

- Спустя 2-2,5 месяца после появления первых высыпаний (этот период называется вторичный сифилис), высыпания исчезают (скрытый сифилис).
- Исчезновение высыпаний связано с массовой гибелью спирохет как результат иммунного ответа организма.
- Через некоторое время, (а продолжительность скрытого периода зависит от сопротивляемости организма, сопутствующих болезней, травм, стрессов и т. д.) в среднем через 1-5 месяцев, происходит бурное размножение спирохет, инфильтрация тканей и появление новых высыпаний.

ВСЕ ВТОРИЧНЫЕ СИФИЛИДЫ ДЕЛЯТСЯ НА ТРИ ГРУППЫ:

1. - пятнистые (макулёзные)
2. - папулёзные (узелковые)
3. - пустулёзные (гнойничковые)



ПЯТНИСТЫЕ СИФИЛИДЫ.

- Одно из наиболее частых и ранних вторичных сифилидов, проявляющихся в виде сосудистого пятна (розеола).
- **Розеола** - воспалительный бледно-розовый элемент диаметром до 1 см (как правило, до размеров ногтевой пластинки мизинца, реже больше), с нечёткими округлыми очертаниями.
- При надавливании (диаскопия) розеола быстро исчезает, но затем появляется вновь.
- Появляется постепенно, толчкообразно, в течение нескольких дней незаметно для больного и зачастую для врача
- Располагаются розеола преимущественно на боковых поверхностях туловища и конечностях.
- У аллергизированных больных розеола могут напоминать волдырь, у пациентов с выраженным фолликулярным аппаратом розеола может принимать зернистый вид.
- На слизистых оболочках эритематозный сифилид выглядит в виде отчётливых синевато-красных пятен, нередко сливающихся между собой, не возвышаются над уровнем слизистой и имеют неизменённую консистенцию.

ПЯТНИСТЫЕ СИФИЛИДЫ.

- Чаще всего пятна располагаются на слизистой зева ("angina syphilitica"). Ангина может на 1-2 дня предшествовать сыпным элементам на коже.
- При плохо различимой розеоле больному можно ввести внутривенно 3-5 мл 1% раствора никотиновой кислоты, после чего розеола становится более явной (проба Торсуева).
- У больных вторичным (особенно свежим сифилисом) после первых инъекций пенициллина обычно возникает реакция обострения (реакция Яриша-Герксгеймера), сопровождающаяся лихорадкой в течении нескольких часов, усилением воспаления в элементах сыпи (поэтому сыпь становится ярче).
- Реакция связана с массовой гибелью спирохет под действием антибиотиков и действием на организм продуктов их распада.



ПАПУЛЁЗНЫЕ СИФИЛИДЫ.

- Также наиболее частое проявление вторичного периода, особенно при рецидивной форме.
- Различают крупно-папулёзный (лентикулярный) и мелко-папулёзный (милиарный) сифилид.

ЛЕНТИКУЛЯРНЫЕ ПАПУЛЫ

- Это наиболее частая разновидность сифилитических папул, которые имеют плотно-эластическую консистенцию, полушаровидную форму, величину от чечевицы до горошины (диаметр 3-5 мм), не склонные к периферическому росту или слиянию, медно-красного цвета.
- Поверхность папулы блестящая, как бы полированная.
- В дальнейшем она покрывается чешуйками, которые отслаиваясь образуют по краям бахрому - "воротничок Биетта".
- Субъективные ощущения не характерны, но давление на центр узелка тупым зондом вызывает резкую болезненность (положительный симптом Ядассона).







ПАПУЛЁЗНЫЕ СИФИЛИДЫ.

- Возникая волнами, папулы существуют в течение 1-2 месяцев, постепенно рассасываются, оставляя после себя пигментацию.
- Локализуются папулы на ладонях и подошвах, в складках, на гениталиях, на туловище.

Клинические разновидности сифилитических папул, связанные с локализацией:

- Нуммулярные (монетовидные). Чаще встречаются у больных рецидивной формой.
- Цвет темно-красный или буроватый, по форме напоминают монету диаметром 1-3 см. Могут быть единичными, реже множественными.
- Псориазиформные имеют на поверхности пластинчатое шелушение, однако псориазная триада отрицательна.
- Себорейные. Располагаются на волосистой части головы, лице, верхней части груди и спины и покрыты чешуйками и корочками желтовато-серого цвета.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКИХ ПАПУЛ, СВЯЗАННЫЕ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ:

- Мокнувший сифилид. При локализации в складках, вследствие мацерации, трения папулы лишаются рогового слоя и эрозируются.
- С поверхности таких папул вместе с тканевым экссудатом выделяется масса спирохет.
- Широкие кандиломы или гипертрофические папулы.
- Поверхность расположенного в складках мокнущего сифилида может вегетировать (разрастаться) с образованием бугристой поверхности, иногда больших размеров, покрытой клейким налётом, содержащим спирохеты.
- Встречается в основном при рецидивном сифилисе и расположены обычно вокруг ануса и на половых органах.
- Ладонно-подошвенные сначала не возвышаются над кожей, затем покрываются чешуйками с хорошо заметным "воротничком Биетта".
- Могут принимать мозолеподобный вид.









Второй вид папулёзной сыпи - милиарный

- встречается редко и имеет размер до булавочной головки и коническую форму.
- Локализуется чаще на коже туловища, могут напоминать "гусиную кожу".
- Подобный вид папул встречается у ослабленных больных и свидетельствует о тяжелом течении сифилитической инфекции.

ПУСТУЛЁЗНЫЕ СИФИЛИДЫ

- встречаются значительно реже и свидетельствуют о тяжёлом, иногда злокачественном течении.
- Наблюдаются у больных туберкулёзом, алкоголизмом, при онкопатологии, наркомании, гиповитаминозе и т. д.
- Появление пустулёзной сыпи нередко сопровождается лихорадкой, нарушением общего состояния.
- Механизм формирования пустулёзных элементов до конца не выяснен, но это не присоединение вторичной инфекции, а скорее, своеобразный анафилактический инфекционно-аллергический распад папулёзных инфильтратов.

ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ:

Угревидный или мелкопустулёзный

- Представляет собой фолликулярные папулы, конической формы, на вершине которой имеется пустула, величиной с 2-3 мм.
- Гнойный экссудат быстро сохнет в буроватую корочку, после отторжения которой образуется язва, затем пигментированный мелкий рубчик. Локализация - кожа лица, волосистой части головы, шея, плечевой пояс.

Оспеновидный и крупнопустулёзный

- Редкая разновидность.
- Основной элемент - шарообразная пустула размером до горошины.
- Центр пустулы быстро сохнет в корочку и западает, при этом элемент напоминает оспенный.
- После отторжения - пигментированный мелкий рубец.

ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ:

Импетигоподобный

- Локализуется чаще на лице, волосистой части головы, либо в складках.
- В центре темно-красных папул быстро формируются пустулы, ссыхающиеся в желто-коричневую корку.
- Вследствие просачивания экссудата корка образуется слоистая и может достигать больших размеров, напоминая стрептококковое импетиго. Без лечения сохраняется несколько месяцев, заканчиваясь образованием рубца.

ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ:

- Сифилитическая эктима
- Злокачественная разновидность, возникающая у лиц, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания.
- Развивается не ранее, чем через 6 месяцев от начала заболевания.
- Число эктим обычно не превышает 10, с локализацией на голенях или туловище.
- Особенностью является склонность к распаду не только в глубину, но и вширь.
- Это глубокая язва до 5-6 см в диаметре, покрытая буро-черной коркой, постепенно рубцующейся.







ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ:

Сифилитическая рупия

- Разновидность тяжело протекающей эктимы.
- Массивная корка до 2 см высотой, напоминающая раковину устрицы, покрывает глубокую язву.





ПИГМЕНТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИФИЛИСЕ

- Сифилитическая лейкодерма чаще характерна для рецидивного периода сифилиса.
- Её отличает длительность существования, иногда несколько лет.
- Полагают, что её развитие связано с поражением нервной системы и, как следствие, трофическими расстройствами в виде нарушения пигментообразования.
- Возникает на 4-6 месяце заболевания. Локализация, как правило, на коже шеи, верхней части груди.
- Сначала появляются гиперпигментации бледно-желтого цвета.
- В дальнейшем на этом фоне - депигментированные пятна до 1-2 см, лучше заметные при боковом освещении.
- Лейкодерма не шелушится и не вызывает субъективных ощущений.
- Если де- и гиперпигментированные пятна локализуются на шее - "ожерелье Венеры".

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЙКОДЕРМЫ

- пятнистая лейкодерма, при которой заметно чёткое чередование гипогиперпигментаций,
- кружевная лейкодерма (гиперпигментации типа сетки) и
- мраморная лейкодерма, при которой нарушения пигментации слабо заметны и напоминают грязную кожу.



СИФИЛИТИЧЕСКОЕ ОБЛЫСЕНИЕ

- Обычно является признаком вторичного рецидивного периода, поскольку развивается во втором полугодии болезни.
- Волосы при сифилитической алопеции выпадают, по-видимому, в результате нарушения их питания, обусловленного формированием специфического васкулита и периваскулярной инфильтрацией.
- У мужчин алопеция встречается чаще.



КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ:

- мелкоочаговая - образование очагов выпадения волос, без изменения кожного покрова диаметром 0,5-2 см, при этом в очагах сохраняется некоторое количество волос,
- диффузная алопеция - распространённые поражения, напоминающие алопеции, возникающие после тяжёлых инфекций и
- смешанная форма – одновременное сочетание мелкоочаговой и диффузной алопеций.



СИФИЛИТИЧЕСКОЕ ОБЛЫСЕНИЕ

Характерен симптом Пинкуса - ступенчатые ресницы, ресницы разной длины, поскольку их выпадение не одновременное.

Восстановление волос при адекватном специфическом лечении происходит быстро - через 1,5-3 месяца.

ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ

- Высыпания на слизистых отличаются высокой степенью контагиозности и сравнительно медленным регрессом.
- Розеолёзные элементы на слизистых оболочках полости рта и половых органов отличаются резкими границами, синюшно-красным цветом.
- Папулёзные элементы выступают над уровнем слизистой, имеют плотную консистенцию и чёткие границы.
- Чаще всего они обнаруживаются на миндалинах, твёрдом и мягком нёбе, по краю языка.
- Вследствие мацерации и травмирования пищей папул языка, эпителий приобретает белесый цвет и отторгается, обнажая очаговый язвенный дефект языка (симптом "скошенного луга").
- С поверхности эрозивных папул слизистых в большом количестве выделяются спирохеты. Может отличаться незначительная болезненность.



ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ

- При вторичном сифилисе может поражаться гортань (в катаральной, реже папулёзной форме), основным симптомом которого является длительная, почти безболезненная охриплость голоса, доходящая до афонии и которая не сопровождается общими простудными явлениями (температура, кашель, насморк и т.д.).
- Катаральный специфический ларингит может быть первым симптомом вторичного сифилиса и такие больные иногда длительно и безуспешно лечатся у ЛОР-врачей

ПОРАЖЕНИЕ КОСТЕЙ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

- Во вторичном периоде сифилиса поражение костей встречается относительно часто.
- Однако их диагностика вследствие быстрого обратного развития под влиянием противосифилитического лечения, а также отсутствия склонности инфильтратов к обызвествлению на ранних стадиях, делает невозможным их рентгенологическое выявление.
- Больные жалуются на боли в костях, чаще в ночное время, а клинически можно определить тестоватые болезненные припухлости.
- При вторичном рецидивном сифилисе диффузные периоститы уже можно обнаружить рентгенологически, так как инфильтрат при этом пропитывается известковыми солями, т. е. происходит остеосклероз.

ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

- Наиболее часто поражается сердечно-сосудистая система в виде хронического миокардита с последующим кардиосклерозом, аортита с возможным развитием аневризмы аорты.
- Нередко поражаются почки.
Наблюдается альбуминурия, пиурия, отёки гортани, лёгких.
При этом заболевание хорошо поддаётся противосифилитическому лечению.
- Иногда поражаются эндокринные железы: гипертрофия и инфильтрация яичек, поражение щитовидной железы, что проявляется тахикардией и "необъяснимым" субфебрилитетом.
- Сифилитическое поражение печени - это наиболее серьёзное поражение с увеличением печени, повышением температуры, нарушением общего состояния, диспепсией, желтухой, ахалией кала. При своевременном лечении процесс разрешается через 2-3 недели.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!