

Сифилис

- Сифилис (люес) - хроническое инфекционное заболевание, поражающее все органы и ткани, продолжающееся у не леченных больных многие годы с возможной передачей потомству.

● *Половая чума" вселяла страх тяжелым течением, развитием обезображивающих форм, катастрофическим влиянием на потомство и очень высокой смертностью.

● **Возбудитель сифилиса** (бледная спирохета) впервые был обнаружен немецкими учеными Шаудиным и Гофманом в 1905 году.

● В темном поле зрения микроскопа спирохета напоминает змейку, имеющую 10-12 завитков и длину от 5 до 15 микрон.

- *** Благодаря мощному многослойному строению, спирохета не окрашивается красителями, с связи с чем она и получила свое название.**
- **Как анаэробный микроорганизм наиболее активно делится в лимфатической системе, где содержание кислорода в 100-200 раз ниже, чем в крови**

- **Бледная трепонема не устойчива во внешней среде, погибает при высыхании, термической обработке воздействию дезинфицирующих средств.**
- **В то же время легко переносит замораживание, сохраняет жизнеспособность в трупах до нескольких суток, а в биологических жидкостях - до высыхания.**

- В организме при неблагоприятных для неё условиях способна образовывать L-формы и цисты, которые являются формой устойчивого выживания и покрыты многослойным чехлом.
- Такие формы малочувствительны к антибиотикам и обладают слабыми антигенными свойствами, поэтому их наличие может не сопровождаться образованием антител.

При благоприятных условиях (снижение иммунитета, астенизирующие заболевания и т.д.) трансформируются в обычные вирулентные формы.

- **Цисты и L-формы наблюдаются при латентных и поздних формах сифилиса.** В этих случаях организм человека и трепонемы сосуществуют не нанося друг другу вреда.

Пути заражения.

Основной путь заражения - половой.

- Необходимым условием заражения является нарушение целостности кожи и слизистых оболочек.
- Что касается слизистых, травмы в виде микротрещин происходят и при нормальных половых контактах.

- *Кроме того, заражение возможно бытовым путем (пользование общей посудой, зубной щеткой, помадой, сигаретами и т.д.).
- Третий путь передачи - при переливании крови больного (в 50%), четвертый - внутриутробный.

● В среднем инкубационный период равен 3-4 неделям, но может сокращаться до 10-14 дней, если организм ослаблен хроническими интоксикациями (туберкулез, алкоголизм, онкопатология и т.д.), или удлиняться до 2-3 месяцев в случае, если в инкубационный период больной принимал антибиотики по поводу интеркуррентных заболеваний (ангина, грипп, гонорея и др.)

Иммуногенез сифилиса.

- У человека, ранее болевшего сифилисом и излеченного, не развивается и приобретенный иммунитет, поэтому возможно повторное заражение (**реинфекция**).
- Тем не менее в организме при наличии сифилитической инфекции развивается нестерильный или инфекционный иммунитет.

- Эта реакция организма на присутствие в нём возбудителя болезни существует до тех пор, пока в организме имеется трепонема и исчезает при выздоровлении.
- Поэтому в случае контакта двух больных сифилисом повторное заражение (в виде твёрдого шанкра) ни у одного из них не разовьётся.

● Тем не менее, иногда при поздних формах сифилиса инфекционный иммунитет выражен настолько слабо, что несмотря на, к примеру, наличие гуммозных высыпаний при третичном сифилисе на месте повторного внедрения трепонем появляется твердый шанкр (суперинфекция).

- **Иммунная система организма начинает реагировать через небольшой промежуток времени после заражения (спустя 2-3 дня).**
- **Первой реакцией является неспецифическая фагоцитарная, осуществляемая с помощью макрофагов.**

- Причём фагоцитоз носит в основном незавершённый характер (**эндоцитобиоз**) - т.е. спирохета, находясь в фагоците сохраняет или изменяет свою структуру, но не теряет способности к размножению.
- Начиная с середины первичного периода практически вся иммунологическая нагрузка ложится на гуморальное звено иммунитета (выработку антител).

Первичный период сифилиса

Начинается с момента образования твёрдого шанкра (первичного аффекта), продолжается 4-8 недель и заканчивается при первых генерализованных высыпаниях на коже и слизистых.

Клиническими критериями диагностики являются:

- твёрдый шанкр

- регионарный полиаденит

- лимфангоит

Твёрдый шанкр

● *является первым клиническим проявлением сифилиса в виде очага некротического воспаления и появляется на том месте, где спирохета проникла в организм. Поэтому наиболее частая локализация – генитальная, оральная, анальная.

- Глубина дефекта зависит от степени и характера реакции макроорганизма на внедрение спирохеты или присоединения вторичной инфекции.
- Твёрдый шанкр представляет собой округлую эрозию или поверхностную язву (диаметром до 1 см) с чёткими ровными границами, блюдцеобразной формы с гладким, блестящим, "лакированным" дном, красно-мясного цвета.

- Характерно отсутствие остро-воспалительных явлений по периферии шанкра и скудное серозное прозрачное отделяемое.
- При пальпации шанкра в основании определяется инфильтрат плотно-эластической или иногда хрящевидной консистенции, определяющей название шанкра ("твёрдый", "первичный склероз"). В складках шанкр принимает щелевидную форму.

- Особенностью неосложненного твёрдого шанкра является отсутствие субъективных ощущений, безболезненность.
- При присоединении вторичной инфекции шанкры приобретают выраженную отёчность, усиливается гиперемия, отделяемое становится серозно-гнойным или гнойным.
- Без лечения эрозивный шанкр эпителизируется через 4-5 недель, язва рубцуется через 6-9 недель.

- Размеры твёрдого шанкра могут варьировать от 1-3 мм (карликовые) и до 2 и более см (гигантские шанкры).
- При локализации шанкра в области вечной борозды полового члена уплотнение в основании выражено значительно и выглядит как хрящ вывернутого века - "**симптом козырька**".



● **За счёт инфильтрации поверхность шанкра обычно находится на уровне здоровой кожи или незначительно возвышается, но возможен гипертрофический шанкр в виде шляпки гриба (обычно на губах).**



● У мужчин шанкры чаще всего располагаются в области крайней плоти, венечной борозды, ствола и головки полового члена. У женщин - в области малых и больших половых губ.

сифилитический лимфаденит

- второй компонент клинической диагностики.

Реакция лимфатической системы на появление твёрдого шанкра запаздывает, поэтому клинически выраженный лимфаденит возникает через 5-8 дней после развития шанкра и служит его почти обязательным спутником.

- В настоящее время редко встречается полиаденит, как правило, развивается региональный (ближайший) склероаденит.
- Лимфоузлы увеличиваются постепенно до размеров горошины или сливы, оставаясь безболезненными.

● Третий, более редкий компонент первичного сифилиса (7-8%) - **специфический лимфангоит** - воспаление лимфатических сосудов на протяжении от шанкра до лимфоузла, определяемый в виде гиперемированного плотного умеренно болезненного тяжа.

атипичные твёрдые шанкры.

● частая причина диагностических ошибок и позднего начала лечения. К ним относят индуративный отёк, шанкр-панариций, шанкр-амигдалит.

1. Индуративный отек. Возникает в генитальной области с богато развитой лимфатической сетью - препуциальный мешок, мошонка, большие и малые половые губы. Это безболезненный, плотный при пальпации отёк половых органов без островоспалительных явлений.

- Кожа при этом приобретает застойно-красный цвет. При надавливании – углубление не образуется.
- Индуративный отек сохраняется от нескольких недель до нескольких месяцев и может быть принят за воспалительный фимоз у мужчин и бартолинит у женщин.

Отличительными признаками являются: аденит, данные обследования половых партнёров, результаты серологических исследований, анамнез.

Шанкр-амигдалит

- Одностороннее увеличение нёбной миндалины значительной плотности без дефекта на её поверхности.
- Увеличенная гиперемированная миндалина суживает зев, умеренно болезненна при глотании, при лечении по схеме банальной ангины относительно устойчива к проводимой терапии. Возможно общее недомогание, повышение температуры.

- Для шанкра-амигдалита типичен подчелюстной и шейный лимфаденит, также односторонний.
- Необходимо дифференцировать не только с ангиной, но и с типичными шанкрами, расположенными на миндалинах.



Шанкр-панариций

является наиболее частой локализацией экстрагенитального шанкра.

- Может развиваться у хирургов, гинекологов, стоматологов и др.
- Твёрдый шанкр в области пальцев (чаще первых трёх правой руки) болезнен. Первичная сифилома сохраняется долго (от возникновения до рубцевания может проходить несколько месяцев).

- В связи с частым присоединением вторичной инфекции шанкр-панариций может протекать по типу банального панариция с обильным гнойным отделяемым, булавовидным вздутием концевой фаланги, пульсирующей резкой болью.
- Отличительным признаком, но не всегда надёжным, является увеличение локтевых и подмышечных лимфоузлов.

Осложнения твёрдого шанкра

- Воспалительный процесс кожи препуциального мешка из-за хорошо развитой лимфатической системы часто приводит к фимозу.
- Это состояние характеризуется отёком и увеличением в объёме крайней плоти, сужением препуциального кольца, препятствующим открытию головки.



- **Мацерация головки приводит к образованию обширных эрозий, с поверхности которых выделяется обильное серозно-гнойное отделяемое.**
- **Региональные лимфоузлы становятся болезненными.**
- **Для уточнения диагноза рекомендуется снять островоспалительные явления холодными примочками с физ. раствором (антисептики использовать нельзя).**

Парафимоз

развивается при насильственном открытии головки полового члена при фимозе. Происходит ущемление головки суженным препуциальным кольцом, оттянутым к венечной борозде.

- Усиление отёка тканей может привести к нарушению кровотока в головке с развитием некроза. Парафимоз вправляется вручную, при угрожающих состояниях - хирургически иссекают крайнюю плоть.

Гангрена твёрдого шанкра

наблюдается у ослабленных больных (онкопатология, туберкулёз, цирроз, алкоголизм, наркомания и т. д.), при присоединении фузоспириллёзной инфекции.

- При этом некротический процесс дна язвы развивается только в пределах твёрдого шанкра.

Фагединизация

отличается от гангрены тем, что некроз распространяется за пределы шанкра.

- Эксцентрическое распространение может приводить к значительным разрушениям тканей половых органов и профузным кровотечениям.

Диагностика и дифференциальная диагностика

- **Диагноз первичного сифилиса обычно затруднений не вызывает, за исключением случаев экстрагенитального твёрдого шанкра или его атипичных форм и основывается на перечисленной клинической триаде и положительных серологических реакциях.**