

# Венерические болезни (сифилис)

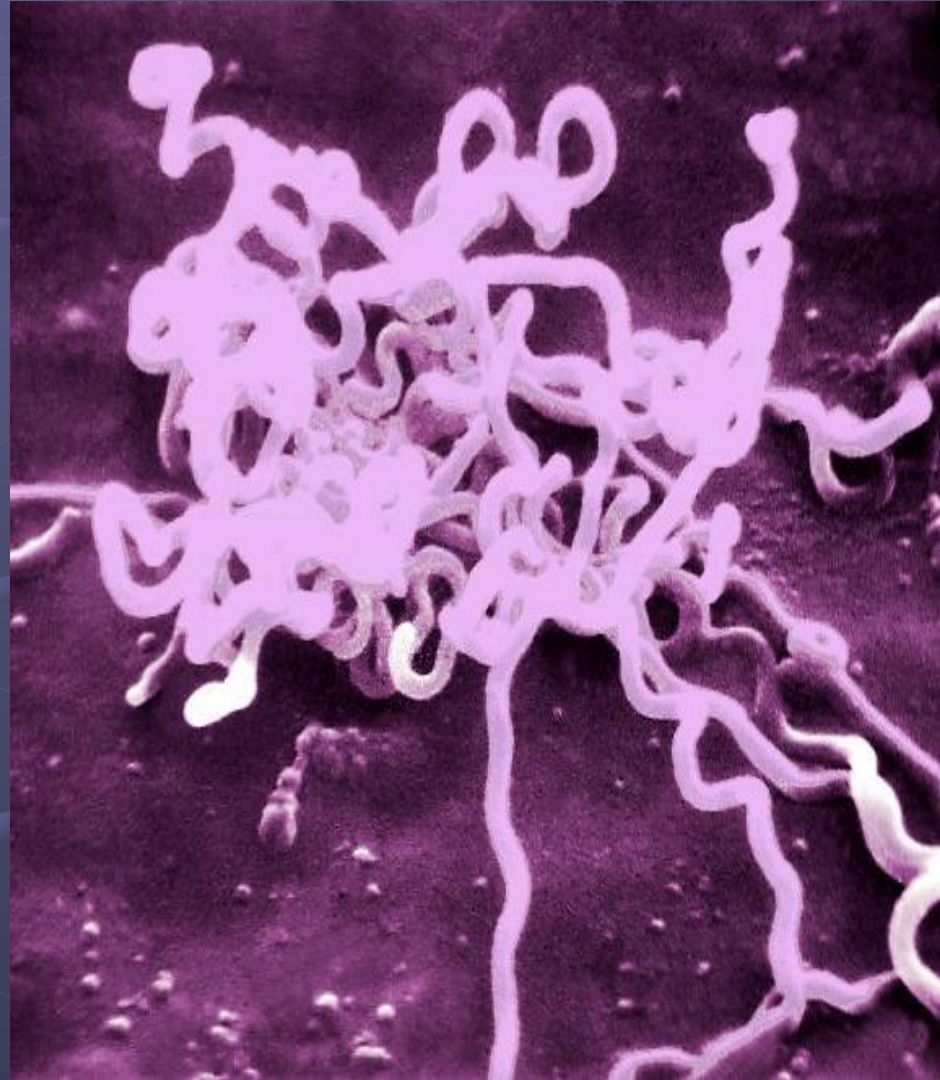
А.Ю.Родин

● Сифилис - хроническое инфекционное заболевание, поражающее все органы и ткани, продолжающееся у нелеченных больных многие годы с возможной передачей потомству.

● Ежегодно в мире всеми ИППП болеют более 800 млн. человек

● **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.



- **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.

# 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.

● **Заразительность** – заболевают 60% лиц, имевших контакт с больными ранними формами сифилиса ( I и II), в то же время, в силу анатомических особенностей, мужчины заболеют в 2-4 раза чаще



● 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.

- \*Считается, что врожденного иммунитета к сифилису не существует.
- 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).

# 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.
- Развитие твёрдого шанкра начинается с красного воспалительного пятна, в течение нескольких дней инфильтрирующегося и принимающего вид папулы с последующим эрозированием или изъязвлениями

● 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.



● **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).**







# сифилитический лимфаденит

Лимфаузлы увеличиваются постепенно до размеров горошины или сливы, оставаясь безболезненными.

Обычно узлы симметричные, чаще паховые, но более выраженные с одной стороны, не спаяны между собой и окружающей тканью, подвижные. Разрешение склероаденита происходит значительно медленнее, чем регресс шанкра.



● 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.



# 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.



# 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 проффузным кровотечениям.





# Вторичный период сифилиса

- 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 высыпных элементов называются 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.

- Спустя 2-2,5 месяца после появления первых высыпаний (этот период называется вторичный свежий сифилис), высыпания исчезают (вторичный скрытый сифилис).
- Исчезновение высыпаний связано с массовой гибелью спирохет в результате иммунного ответа организма.

- Через некоторое время, ( продолжительность скрытого периода зависит от сопротивляемости организма, сопутствующих болезней, травм, стрессов и т. д.) в среднем через 1- 5месяцев, происходит бурное размножение спирохет, инфильтрация тканей и появление новых высыпаний.
- Этот период называется **вторичным рецидивным сифилисом.**

● Примерно через 2-3 месяца сыпь вновь исчезает, начинается вторичный скрытый сифилис, затем опять рецидив и т. д.

# Клиника

- Все вторичные сифилиды делятся на три группы:
- 1. - пятнистые (макулёзные)
- 2. - папулёзные (узелковые)
- 3. - пустулёзные (гнойничковые)

# 1. 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.

- Высыпания розеола происходит постепенно, по 10-12 элементов в день с максимумом через 10 дней.



● 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 Герксгеймера), сопровождающаяся лихорадкой в течении нескольких часов, интоксикацией, усилением воспаления в элементах сыпи (поэтому сыпь становится ярче).

Температурная реакция связана с массовой гибелью спирохет под действием антибиотиков и действием на организм продуктов их распада.

## 2. Папулёзные сифилиды.

### Лентикулярный сифилид

- - 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).



● 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.



# 3. 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. Таким образом, на вершукке папул возникает пустула, затем язва и рубец



# 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.

● 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".

# 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 инфильтрации.

У мужчин алопеция встречается чаще.

# Поражение слизистых оболочек при вторичном сифилисе

● **Высыпания на слизистых отличаются высокой степенью контагиозности и сравнительно медленным регрессом. Розеолезные 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.



● При вторичном сифилисе может поражаться гортань (в катаральной, реже папулёзной форме), основным симптомом которого является длительная, почти безболезненная охриплость голоса, достигающая до афонии и которая не сопровождается общими простудными явлениями (температура, кашель, насморк и т.д.).



# 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.

● Сифилитическое **поражение печени** - это наиболее серьёзное поражение с увеличением печени, повышением температуры, нарушением общего состояния, диспепсией, желтухой, ахилией кала.

При своевременном лечении процесс разрешается через 2-3 недели.

- 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.

# Третичный сифилис

- Третичный период сифилиса может наступить у больного после вторичного периода через 3-10 лет до 50 лет после заражения при отсутствии полноценного лечения и продолжается до конца его жизни.
- При этом поражаются кожа, слизистые оболочки, кости, суставы, внутренние органы и нервная система.

# Классификация

- В третичном периоде различают манифестную или активную стадию (сифилис третичный активный) с явными признаками болезни и скрытую стадию (сифилис третичный скрытый) - больные, перенесшие третичный активный сифилис и не имеющие на момент осмотра активных проявлений, либо имеющих их следы (рубцы, изменение костей и др.).



## Клинические проявления третичного сифилиса на коже и слизистых. Бугорковый сифилид

- В толще дермы прощупывается четко контурируемые, полушаровидные, плотные, бесполостные образования размером до горошины или косточки вишни без признаков острого воспаления (цвет от тёмнокрасного до синюшного), поверхность гладкая, блестящая. Бугорок располагается на различной глубине, но над кожей возвышается обычно четверть его объема.

# Клинические разновидности бугоркового сифилида.

## Сгруппированный бугорковый сифилид

Серпегенирующий (ползучий) бугорковый сифилид

Бугорковый сифилид "площадкой"  
(диффузный бугорковый)

Карликовый бугорковый сифилид

# Гуммозный сифилид

- В настоящее время встречается редко. Первичный морфологический элемент – узел, возникающий в подкожно-жировой клетчатке величиной с кедровый орех, плотной консистенции, безболезненный, не спаянный с окружающей тканью и потому легко смещаемый, без воспалительных явлений

Первоначально кожа над ним не изменена.

С увеличением в размерах до грецкого ореха она спаивается с кожей и окружающей тканью, кожа приобретает буроватый или тёмно-красный цвет. В результате размягчения появляется флюктуация и вскоре гумма вскрывается с образованием отверстия.

Из этого небольшого свища выделяется малое количество липкой, полупрозрачной жидкости (напоминает клей или резину - "гумми арабикум", отсюда и название).

# Клинические разновидности гумм

- изолированной гуммы
- околосуставные узловатости или фиброзные гуммы
- гуммозные инфильтраты

# Осложнения гуммозного процесса

- 1. присоединение вторичной инфекции в виде рожистого воспаления, гангрены и т.д.
- 2. элевфантиаз (слоновость, лимфостаз)
- 3. при периферическом росте гуммы возможно повреждение близлежащих органов и тканей

## Третичные поражения слизистых оболочек

- Инфильтрат слизистой оболочки носа формируется на границе костной и хрящевой ткани носовой перегородки и приводит к сужению просвета. Дыхание затрудняется. После отторжения некротических масс наступает перфорация носовой перегородки, иногда с западением спинки носа ("серповидный или седловидный нос").

● **Сифилиды твёрдого нёба** почти всегда иррадируют на костную ткань, разрушая её. Перфорация приводит к образованию отверстия, соединяющего полость рта и полость носа. Изменяется фонация, появляется гнусавость голоса. Пища из полости рта попадает в полость носа, поэтому при еде происходит поперхивание.



- Гуммы глотки и миндалин развиваются незаметно, они опасны иррадиацией в позвоночник и кровеносные сосуды.
- Гуммы языка проявляются в виде *очагового глоссита* или *диффузносклерозирующего глоссита*

# Поражение внутренних органов

- 90-95% всей поздней висцеральной патологии приходится на сердечно-сосудистую систему.
- **Сифилитический миокардит**  
встречается относительно редко. Клиника: одышка, общая слабость, утомляемость, иногда боли в сердце. Исходом миокардита может быть образование рубца или аневризмы сердца.

# Сифилитический аортит

- - самое частое проявление висцерального сифилиса. При этом происходит уплотнение стенок аорты и расширение её выходной части до 5-6 см (в норме 3-3,5 см). Эта патология хорошо выявляется при рентгенологическом исследовании. Расширение просвета происходит за счет потери эластичности с разрушением мышечных и эластических волокон.

# Аневризма аорты

- самое тяжёлое осложнение висцерального сифилиса. Аневризма аорты может сдавливать жизненно важные органы (сосуды, бронхи, трахею, пищевод, нервные стволы и т.д.) с соответствующими тяжёлыми клиническими проявлениями. Кроме того, возможен разрыв аорты с быстрым летальным исходом.

# Поражение печени

занимает второе место после поражения СС в висцеральной патологии. Проявляются в виде:

1. **Хронический эпителиальный гепатит**
2. **Хронический интерстициальный гепатит.**
3. **Ограниченный гуммозный гепатит.**



# Поражение костей

- Основное проявление - это гуммозные инфильтраты в костях, проявляющиеся периоститами и остеопериоститами в диафизах длинных трубчатых костей, чаще большеберцовой . Кроме неё могут поражаться короткие кости (позвонки, кости запястья, предплюсны), плоские кости (череп, грудина).
- Рентгенологически: плотно прилегающего к кости остеофит, расположенный циркулярно вокруг кости.

# Поражение нервной системы

## Сифилис сосудов мозга

- В воспалительный процесс вовлекаются только, сосуды мозга, поэтому ликвор в норме.
- Клиника: расстройства психики, эпилептиформные припадки, инсультобразные состояния. Однако в целом прогноз более благоприятный, чем при гипертоническом кризе

# Спинная сухотка

- Некогда самая частая форма нейросифилиса. При этом происходит поражение задних корешков, задних столбов и оболочек спинного мозга. Клинически: внезапное резких, кинжальных болей, иммитирующих появление желудочных, сердечных кризов, печеночных, почечных колики.



- Боли появляются неожиданно и также внезапно исчезают. Развиваются парестезии - чувство сжатия на определенном участке туловища, соответствующее пораженному сегменту. Поражение черепно-мозговых нервов - птоз, косоглазие, анизокория

- 
- Реже развиваются атрофия зрительных нервов, поражение слуховых нервов, расстройства координации (атаксия), артропатия - увеличение и изменение формы суставов, нарушение сухожильных рефлексов.
- Поражение спинного мозга приводит к нарушению функции тазовых органов (импотенция, недержание мочи и кала).

# Прогрессивный паралич

- Развивается через 15-20 до 40 лет после заражения. При этом происходит поражение вещества головного мозга, чаще в области передней коры, возникающее на почве воспалительных изменений мелких сосудов. В итоге развивающиеся дегенеративные изменения приводят к атрофии клеток, преимущественно в коре мозга.

● В остром периоде заболевания отмечаются полная деградация, резко прогрессирующее слабоумие, различные формы бреда, кахексия. В фазе законченного развития процесса возможно несколько вариантов течения: потеря интереса к окружающим, апатия, подавленность либо эйфория, агрессия, что может быть опасно для окружающих.

# Врождённый сифилис

- Заболевание ребёнка может проявиться в разные периоды: внутриутробно, вскоре после рождения и значительное время спустя после рождения.
- Внутриутробное заражение происходит в конце пятого месяца беременности, когда начинается функционирование плаценты и формирование очагов некроза в плаценте.

# Исходы беременности при сифилисе

- Для не лечившихся больных беременных женщин характерны поздние выкидыши и мертворождения мацерированных плодов на 6-7 месяце беременности.
- Другими исходами являются рождение больного ребенка, рождение клинически здорового ребенка, ранние выкидыши.

- В зависимости от клинических проявлений, сроков проявления, врожденный сифилис делят:
- - **Ранний врождённый сифилис**. Сюда относятся любые врождённые проявления сифилиса у детей в возрасте до 2 лет.
- - **Ранний врожденный сифилис скрытый**. Характерно отсутствие клинических проявлений, положительные серологические реакции в крови и спинномозговой жидкости у детей в возрасте до 2 лет.

● **Поздний врождённый сифилис.**

Любые врождённые сифилитические состояния, появившиеся через 2 или более лет после рождения.

- **Поздний врожденный сифилис скрытый.** Без клинических симптомов, сопровождающийся положительной серологической реакцией и нормальным составом ликвора.



# Ранний врожденный сифилис.

- Поражения кожи и слизистых особые и никогда не встречаются при приобретенном сифилисе.
- Сифилитическая пузырьчатка.
- Диффузная папулёзная инфильтрация Гохзингера
- Сифилитический ринит (насморк Гохзингера)
- псевдопаралич Парро.

# Поздний врождённый сифилис.

- Проявления этого периода возникают в возрасте от 2 до 17 лет, но иногда и через несколько десятков лет.
- Клинические проявления могут быть продолжением вышеперечисленных процессов раннего врожденного сифилиса, либо возникают среди "полного здоровья".

● В диагностике позднего врождённого сифилиса существуют достоверные, вероятные признаки и стигмы (приметы).

● Достоверные признаки:

● - паренхиматозный кератит

● лабиринтная глухота

● зубы Гетчинсона

Наличие хотя бы одного из признаков триады (при лабораторном подтверждении) позволяет с несомненностью диагностировать поздний врождённый сифилис.

# Вероятные признаки.

- Их наличие позволяет заподозрить врождённый сифилис, но для подтверждения диагноза необходимы дополнительные данные: сопутствующие клинические проявления или результаты обследования семьи.
- саблевидные голени
- радиарные рубцы Робинсона-Фурнье
- - седловидный нос

● ягодицеобразный череп

● кисетообразные зубы

# СТИГМЫ.

- Являются проявлением дистрофий и встречаются не только при врождённом сифилисе:
- - симптом Авситидийского
- - увеличение лобных и теменных бугров черепа ("олимпийский лоб")
- высокое "готическое" нёбо
- - аксифоидия
- - диастема Гаше

● - инфантильный мизинец

● - гипертрихоз лба

● - ассиметрия ушных раковин

● Обнаружение нескольких дистрофий, их сочетание с одним из достоверных признаков или несколькими вероятными, с положительными серологическими реакциями у ребёнка, его родителей является основанием для постановки диагноза позднего врождённого сифилиса.



# Профилактика врождённого сифилиса

- 1. Полноценное лечение приобретённого сифилиса
- 2. Профилактическое лечение беременных (после основного специфического курса, или при сохранении позитивных серореакций после полноценного лечения до наступления беременности)

- 3.Профилактическое лечение новорожденных (если мать не получила профлечения или не лечилась вообще)
- 4.Двух-трёх кратное обследование на сифилис в период беременности