

Сифилис

(Первичный и вторичный)

● На сегодняшний день известно более 30 сексуально-трансмиссивных заболеваний.

● Ежегодно в мире ими болеют более 800 млн. человек

● **Сифилис - хроническое инфекционное заболевание, поражающее все органы и ткани, продолжающееся у не леченных больных многие годы или всю жизнь с возможной передачей потомству.**

- Возбудитель сифилиса 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, спиروه́та не окрашивается красителями, с связи с чем она и получила свое название.

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

Пути заражения.

Основной путь заражения - половой.

- Необходимым условием заражения является нарушение целостности кожи и слизистых оболочек (травмы слизистых оболочек в виде микротрещин происходят и при обычных 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, 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)

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. 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:

- 1. отсутствие остро-воспалительных явлений по периферии шанкра и скудное серозное прозрачное отделяемое.
- 2. при пальпации шанкра в основании определяется инфильтрат плотно-эластической консистенции, определяющей название шанкра ("твёрдый", "первичный склероз").



- 3. отсутствие субъективных ощущений, безболезненность.
- 4. без лечения эрозивный шанкр эпителизируется через 4-5 недель, язва рубцуется через 6-9 недель
- 5. размеры твёрдого шанкра могут варьировать от 1-3 мм (карликовые) и до 2 и более см (гигантские шанкры).



● 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.

● 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.

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.



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 стоматологов, хирургов, гинекологов 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.

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 фузоспирилллёзной 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.





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 сыпи называемых сифидами.

● 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 доброкачественны (следов не оставляют)
- 2. Высыпания не сопровождаются лихорадкой и не вызывают субъективных ощущений.

- 3. Полиморфизм высыпаний:
одновременное высыпание различных сифилидов (розеола, папула, эрозия и т. д.).
- 4. Элементы содержат большое количество бледных трепонем и потому заразны, в том числе в плане бытового пути передачи.

Клиника

- 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) с нечёткими округлыми очертаниями с локализацией чаще на боковой поверхности туловища, реже конечностей

● При надавливании пальцем или стеклом (диаскопия) розеола быстро исчезает, но затем появляется ВНОВЬ.



● **На слизистых оболочках** эритематозный сифилид выглядит в виде отчётливых синевато-красных пятен, нередко сливающихся между собой, не возвышающихся над уровнем слизистой и имеющих неизменённую консистенцию.

- 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 сифилисом после первых инъекций пенициллина обычно возникает реакция обострения (реакция 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 интоксикацией продуктами их распада.

Папулёзные сифилиды.

Сифилитические папулы 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).



● Локализуются папулы на ладонях и подошвах, в складках, на гениталиях, на туловище.



● При локализации на слизистых, в складках, вследствие мацерации, трения папулы лишаются рогового слоя и эрозируются.

С поверхности таких папул вместе с тканевым экссудатом выделяется масса спирохет.

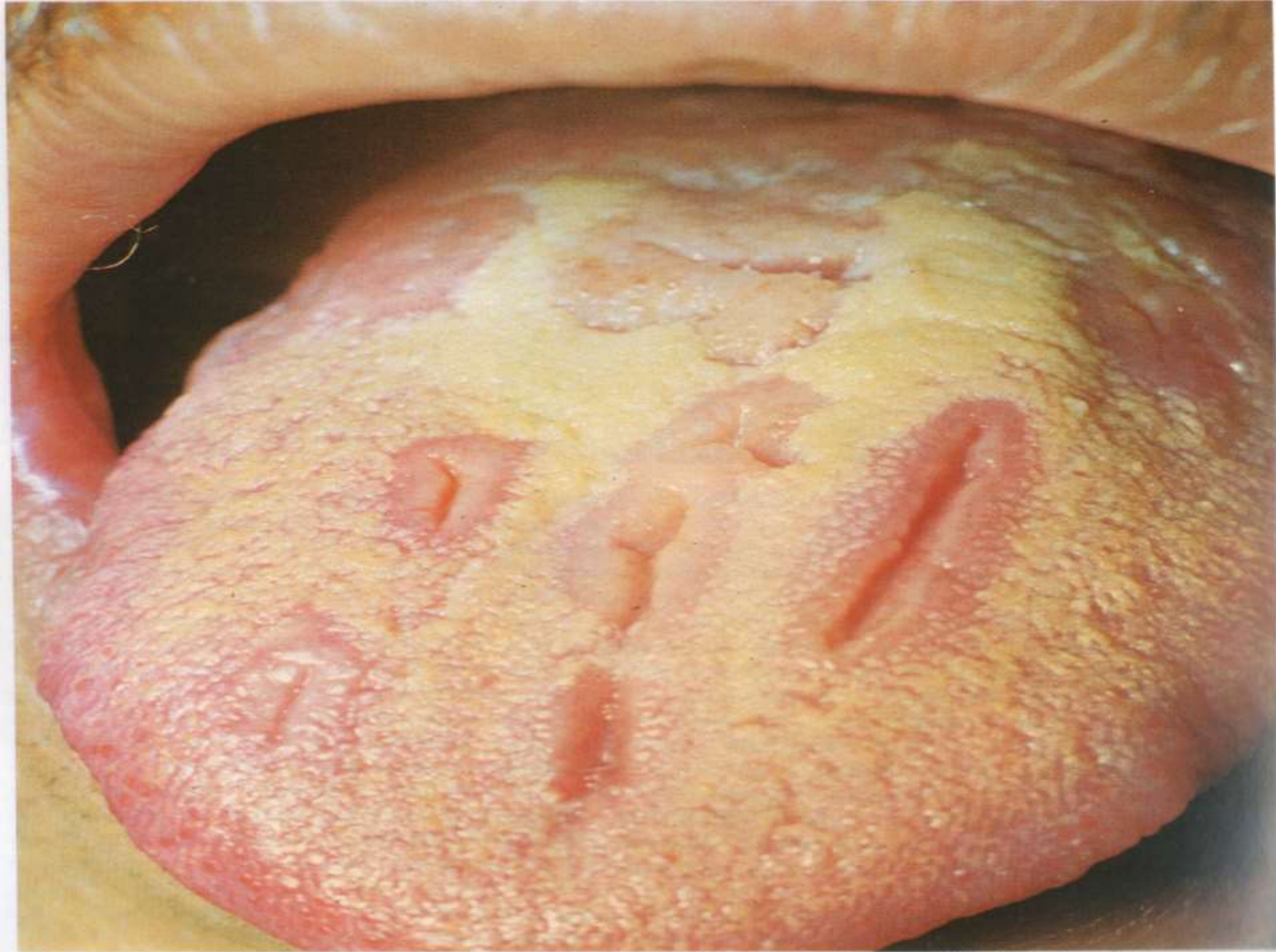
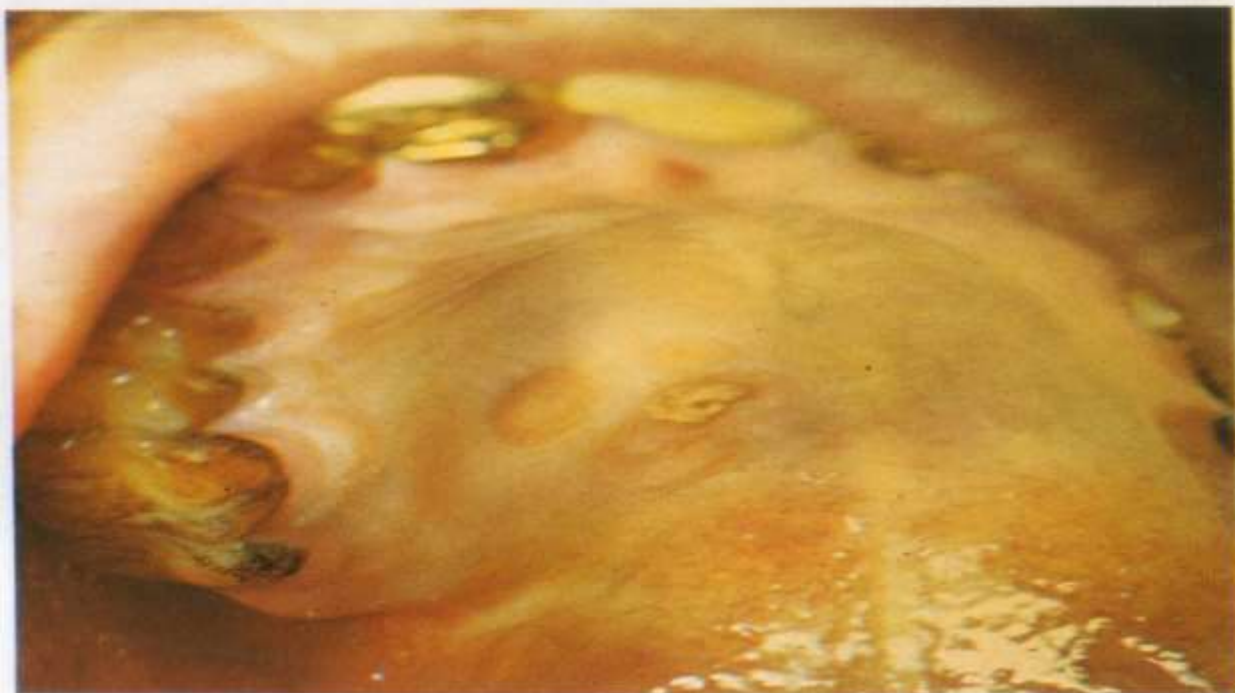






Рис. 136 г—д, продолжение
г — бляшки на боковой
поверхности языка; д — бляшки на
твердом небе.



● Широкие кандиломы или гипертрофические папулы.

Поверхность расположенного в складках мокнущего сифилида (вокруг ануса и на половых органах) может вегетировать (разрастаться) с образованием бугристой поверхности, иногда больших размеров, покрытой клейким налётом, содержащим спирохеты



● Ладонно-подошвенные папулы сначала не возвышаются над кожей, хорошо заметен "воротничок Биетта".

Могут принимать мозолеподобный вид.



Пустулёзные сифилиды

- встречаются значительно реже и свидетельствуют о тяжёлом, иногда злокачественном течении.

Наблюдаются у больных туберкулёзом, алкоголизмом, при онкопатологии, наркомании, гиповитаминозе, СПИДе и т. д.

Нередко сопровождается лихорадкой, нарушением общего состояния.

Клинические формы

1. Угревидный. Напоминает акне (вульгарные угри). Представляет собой папулы конической формы, на вершине которой имеется гнойничок величиной 2-3 мм.

2. Оспеновидный сифилид. (напоминает элементы ветряной оспы) - шарообразная пустула размером до горошины.

Центр пустулы быстро сохнет в корочку и западает, после отторжения - пигментированный мелкий рубец.

3. Импетигоподобный.

Вследствие просачивания экссудата корка напоминает слоёное тесто по типу стрептодермии.

4. Сифилитическая эктима. Злокачественная разновидность, возникающая у лиц, имеющих тяжёлые сопутствующие заболевания, 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 бурочерной коркой, постепенно рубцующейся.





Сифилитическая рупия.

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



Пигментные нарушения при сифилисе

- 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 локализируются на шее - "ожерелье Венеры".



Сифилитическое облысение

Волосы при сифилитической алопеции выпадают, по-видимому, в результате нарушения их питания, обусловленного формированием специфического васкулита и периваскулярной инфильтрации.

У мужчин алопеция встречается чаще.



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.



- 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, насморки и т.д.).

- 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.