

Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Сибирский государственный медицинский университет  
Федерального агентства по здравоохранению  
и социальному развитию

П.Н. Пестерев, А.В. Зуев, С.А. Хардикова

## СИФИЛИС

Учебное пособие

2-е издание, стереотипное

Рекомендуется учебно-методическим объединением  
по медицинскому и фармацевтическому образованию  
вузов России в качестве учебного пособия для студентов,  
обучающихся по специальностям  
060101 «Лечебное дело», 060103 «Педиатрия»

Томск  
Сибирский государственный медицинский университет  
2010

УДК 616.972–002.6 (075.8)

ББК Р591я7

П286

**Рецензенты:**

**Н.Г. Короткий**, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней педиатрического факультета РГМУ, академик РАЕН, профессор

**Н.Н. Потекаев**, профессор кафедры кожных и венерических болезней ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, д-р мед. наук

П286 Пестерев П.Н., Зуев А.В., Хардикова С.А. Сифилис : учеб. пособие. – 2-е изд., стереотип. – Томск : Сибирский государственный медицинский университет, 2010. – 108 с.

На основе современных данных освещены вопросы этиологии, патогенеза, эпидемиологии, клиники и дифференциальной диагностики сифилиса. Описаны современные методы лечения сифилитической инфекции.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся на лечебном и педиатрическом факультетах по специальностям «Лечебное дело» (060101) и «Педиатрия» (060103), а также может быть использовано клиническими ординаторами, дерматовенерологами, акушерами-гинекологами, врачами общей практики и другими смежными специалистами.

УДК 616.972 – 002.6 (075.8)

ББК Р591я7

Утверждено и рекомендовано учебно-методической комиссией лечебного факультета

(протокол № 19 от 30 октября 2007 г.)

и центральным методическим советом ГОУ ВПО СибГМУ

Росздрава (протокол № 3 от 21 ноября 2007 г.).

© Сибирский государственный медицинский университет, 2010

© Пестерев П.Н., Зуев А.В., Хардикова С.А., 2010

## Введение

К венерическим болезням относят группу инфекционных заболеваний, передающихся преимущественно половым путем. Венерические заболевания известны человечеству с глубокой древности. И лишь в XVI веке французский врач Жак де Бетанкур дал им название «венерические» в честь богини любви и красоты Венеры. Венерические болезни — сифилис, гонорея, мягкий шанкр, четвертая венерическая болезнь или паховый лимфогранулематоз (или болезнь Николая-Фавра) и некоторые другие. Более 20 нозологий.

Венерические болезни распространены во всех странах мира. По данным ВОЗ ежегодно регистрируется от 20–30 млн. больных сифилисом, от 60 до 90 млн. больных гонореей. Сифилис и гонорея регистрируются во всех областях и республиках нашей страны. С ними, особенно с сифилисом, сталкиваются медицинские работники всех профилей. На сегодня борьба с венерическими болезнями является актуальной проблемой.

Начало XX века было ознаменовано рядом важных открытий в области этиологии, патогенеза, диагностики и лечения сифилиса. В 1903 г. И.И. Мечников и Roux произвели успешное заражение сифилисом шимпанзе и тем самым положили начало экспериментальному изучению сифилиса. В 1905 г. микробиолог Schaudinn и клиницист Hoffmann открыли возбудителя сифилиса — бледную трепонему. В 1906 г. Bartarelli установил возможность заражения сифилисом кроликов в переднюю камеру глаза, а в 1907 г. Parodi - в яичко и мошонку. В это же время начинает успешно развиваться серологическая диагностика сифилиса. Parodi наблюдал у зараженных кроликов образование первичной сифиломы, регионарного аденита и последующую генерализацию инфекции в организме животного. В настоящее время кроликов заражают взвесью бледных трепонем, полученных из патологически измененных тканей, различными методами: интратестикулярно для получения ранних орхитов, внутрикожно в мошонку для получения шанкров, путем втирания в скарифицированную кожу, эпикутанно в складку кожи на мошонке, в передненебную камеру

глаза, субокципитально, в головной мозг. Несмотря на то, что клинические проявления и патогенез сифилиса у человека и кроликов существенно различаются, именно кроликов используют для экспериментального изучения ряда проблем сифилитической инфекции, например, проверяют новые противосифилитические препараты. Благодаря опытам на животных удалось установить, что сифилис с самого начала является общей инфекцией, доказать заразительность третичных сифилидов и крови в латентной стадии, определить заразительность экскретов и секретов, выявить механизм передачи сифилиса потомству.

Венерические заболевания неравномерно распространены среди различных слоев населения. Чаще они наблюдаются у водителей автотранспорта, особенно дальних рейсов, у работников торговли и сферы обслуживания. Наибольший процент заболеваний зарегистрирован у лиц без определенного места жительства и занятий. Заболеваемость их венерическими болезнями в 40 раз выше, чем у прочего населения.

Частыми распространителями венерических болезней являются мужчины-гомосексуалисты. По материалам В.Г. Родионовой, гомосексуализм обуславливают 27–30 % заболеваний.

Весомое значение имеет возросшая беспорядочность половой жизни, обусловленная «сексуальной революцией», безыдейностью, широким распространением порнографической литературы и кинопродукции. Западноевропейские и американские исследователи отмечают, что известную роль в увеличении распространенности венерических болезней сыграло широкое применение противозачаточных средств, в частности пероральных контрацептивов, поскольку отсутствие опасений беременности от случайных половых связей увеличило беспорядочную сексуальную активность. На долю проституток, как источника заражения венерическими болезнями, в США например, приходится около 20 %.

Вторая, весьма существенная, причина распространения венерических болезней — злоупотребление алкоголем. Алкоголь снижает критическую оценку человеком своих поступков. В состоянии алкогольного опьянения люди легче идут на сомнитель-

ное знакомство. Научные данные свидетельствуют о том, что 90 % случаев заражения сифилисом и 95% гонореей (как мужчин, так и женщин) происходит в состоянии алкогольного опьянения.

Алкоголь — это верный спутник венерических болезней, ибо в состоянии опьянения люди с легкостью совершают поступки, за которые затем приходится расплачиваться своим здоровьем, здоровьем самых близких и разрушением семьи.

«Союз алкоголизма и венерических болезней — это самый сокрушительный и страшный союз против здоровья человека, против семьи, но в то же время союз частый», — так говорили венерологи старшего поколения. Пьянство и половая распущенность взаимосвязаны. У выпивающего круг знакомств велик и случайные половые связи нередко бывают многочисленны.

## ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИФИЛИСА

Проблема заболеваний, передающихся половым путем, в том числе сифилиса, является в настоящее время весьма актуальной.

История изучения сифилиса связана, главным образом, с появлением и распространением его в европейских государствах. На этот счет имеются разные сведения, порождающие различные теории. Так, одна группа ученых, так называемые американисты, считает, что сифилис был завезен в Европу матросами Христофора Колумба. И действительно, как писали современники, у участников этой экспедиции, вернувшихся в 1493 г. из Америки в Барселону (Испания), было выявлено неизвестное ранее заболевание. Затем аналогичные заболевания стали регистрироваться в ближайших портах, а через два года, то есть в 1495 г., наблюдалась крупная вспышка сифилиса в наемных войсках французского короля Карла 8, осаждавших Неаполь. Число больных было так велико, а заболевание протекало так тяжело, что Карл VIII вынужден был снять осаду города и распустить войска, собранные из разных стран Европы. Больные сифилисом по возвращении на родину распространяли это заболевание и занесли его в свои семьи.

Другая группа исследователей (европеисты) придерживается иного взгляда. Они считают, что сифилис существовал в Европе задолго до экспедиции Христофора Колумба. Так, в различных литературных памятниках Древней Греции, Аравии, Рима, Индии и других стран имеются описания болезни, напоминающей сифилис. В древних могильниках людей, захороненных тысячелетия назад, находили кости с изменениями, характерными для этого заболевания. На основании этих данных исследователи приходят к выводу, что сифилис имеет древнее происхождение.

Третья группа ученых (африканисты) считает, что родиной сифилиса является Африка.

Однако все эти теории имеют ряд слабых, бездоказательных сторон, поэтому вопрос, когда и где впервые возник сифилис, остается неустановленным. Возможно, это заболевание развивалось одновременно с человечеством.

Со времени появления сифилиса в Европе ему присваивали разные названия. Его называли болезнью французской, испанской, португальской, итальянской, немецкой, неаполитанской болезнью из Китая и т.д., то есть затрагивались национальные интересы. Наименование «сифилис» впервые появилось в поэме выдающегося итальянского ученого Фракасторо — «Сифилис или французская болезнь», вышедшей в свет в 1530 г. Имя героя поэмы пастуха Сифилуса было присвоено заболеванию «сифилис».

## Возбудитель сифилиса

Возбудителем сифилиса является бледная трепонема (*Treponema pallidum*), открытая в 1905 г. немецкими учеными Ф. Шаудиным и Е. Гофманом в содержимом сифилитической язвы. Название «бледная» трепонема получила потому, что плохо окрашивается анилиновыми красителями и под микроскопом выглядит в виде беловатой спирали, состоящей из 8–12 равномерных завитков. Имеет толщину до 1 мкм, длину от 6 до 20 мкм и более; отличается упругостью, способностью сохранять свою форму правильной спирали. Бледная трепонема очень подвижна. Имеет вращательные, маятникообразные, волнообразные и поступательные движения. Легко проникает через малейшие повреждения кожи и слизистые оболочки. В организме человека бледная трепонема не имеет преград. Может проникать во все ткани и органы и всюду способна вызвать специфический сифилитический процесс. Вне человеческого организма при высыхании бледные трепонемы быстро погибают.

## Условия заражения

**Первым** и самым основным условием для заражения здорового человека сифилисом является **наличие источника заражения**, у которого были бы активные (заразные) проявления сифилиса. **Вторым условием** является обязательный **контакт здорового человека с больным**, при котором возможно внедрение

бледной трепонемы. Но для того, чтобы произошло внедрение бледной трепонемы в организм здорового человека, и у него развился сифилис, необходим еще **ряд условий**: 1) наличие «входных ворот» для инфекции (нарушение целостности кожи и слизистых оболочек, наличие микротравм, ссадин, эрозий, трещин и т.д.); 2) наличие благоприятных факторов внешней среды (кислотность и влажность кожи и слизистых, отсутствие химических веществ на их поверхности); 3) состояние общей иммунологической реактивности организма человека; 4) сохранение подвижности и инвазивности бледных трепонем; 5) достаточное количество инфицирующего материала.

## Пути заражения

1. В 95–97 % случаев заражение сифилисом происходит **половым путем**, в основном при случайных половых связях.

2. **Бытовой путь**. Заражение возможно при непосредственном контакте здорового человека с больным (поцелуй, тесный контакт в постели, рукопожатие и пр.) или же через инфицированные предметы (ложки, вилки, стаканы, кружки, зубные щетки, губная помада, губная гармошка, полотенце, белье, горшок, общая папироса, мундштук у стеклодувов и музыкантов, инструменты парикмахера и т.д.). Кормящая мать может заразить ребенка при кормлении грудью или, наоборот, может заразиться от больного ребенка.

Внеполовому заражению способствуют антисанитарные условия быта, санитарная неграмотность, несоблюдение правил личной гигиены, беспечность в отношении своего здоровья, небрежное отношение заболевшего к здоровью окружающих.

Следует сказать, что бытовой сифилис был частым в дореволюционной России. Этому способствовала неграмотность населения и неудовлетворительные бытовые условия, когда люди жили большими семьями, размещаясь по 15–20 человек в одной деревенской хате. И если в такой семье появлялся больной заразной формой сифилиса, то заражались бытовым путем и другие члены семьи.



В настоящее время, когда у нас совершилась культурная революция и резко улучшились бытовые условия, бытовой путь заражения сифилисом стал редким.

**3. Внутриутробный путь заражения.** Если будущая мать больна сифилисом, то возбудитель через кровь, через плаценту проникает в кровообращение плода, и последний заражается, находясь в утробе матери. Тогда у ребенка развивается врожденный сифилис.

## Течение сифилиса

В течении сифилиса в настоящее время различают **следующие периоды**: 1) инкубационный; 2) первичный; 3) вторичный или кондилломатозный; 4) третичный или гуммозный.

**Инкубационный или скрытый период** — это время с момента заражения до появления первого признака сифилиса. Он продолжается в среднем **3–4 недели**. В редких случаях скрытый период может укорачиваться до 15 дней или увеличиваться до 2–3 и даже 4 месяцев. Увеличению инкубационного периода способствует прием различных противобактериальных препаратов (антибиотики, сульфаниламиды и др.) при поводе ангины, острого респираторного заболевания и т.д. Инкубационный период более продолжителен у ослабленных лиц в силу пониженной сопротивляемости организма.

Бледные трепонемы после проникновения через поврежденную кожу и слизистые оболочки быстро распространяются по всему организму. Они через считанные минуты проникают в лимфатические сосуды и лимфатические узлы. Бледные трепонемы размножаются главным образом в лимфе, так как лучше живут в бескислородной среде, а напряжение кислорода в лимфе самое низкое. По лимфатическим сосудам они распространяются, затем неминуемо попадают в кровеносные сосуды и вместе с кровью — во все органы и ткани, включая и нервную систему. Во время инкубационного периода заразившийся чувствует себя хорошо. Его ничего не беспокоит. И в это время даже врач дерматовенеролог

не может сказать, что у данного человека развивается столь грозное заболевание, хотя бледные трепонемы уже обсеменили весь организм. Не вызывая во внутренних органах патологических изменений в инкубационном периоде, бледные трепонемы обуславливают постепенное изменение реактивности тканей.

В течение всего инкубационного периода человек становится источником заражения других людей.

После инкубационного периода наступают:

1. Первичный серонегативный сифилис.
2. Первичный серопозитивный сифилис.
3. Первичный скрытый сифилис.
4. Вторичный свежий сифилис.
5. Вторичный рецидивный (нелеченый) сифилис.
6. Вторичный рецидивный (ранее леченый сифилис).
7. Вторичный скрытый сифилис (указывается состояние серологических реакций и в скобках — первоначальный диагноз).
8. Серорецидивный сифилис (обозначается как «вторичный скрытый сифилис, серологический рецидив»).
9. Скрытый серорезистентный сифилис.
10. Скрытый серофиксированный сифилис; серорезистентный сифилис (когда серологические реакции остаются положительными после дополнительного лечения, включая дополнительные методы воздействия, при условии, что комплексное обследование не выявляет патологии).
11. Третичный активный сифилис.
12. Третичный скрытый сифилис.
13. Скрытый сифилис ранний (сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией, давностью менее 2-х лет после заражения).
14. Скрытый сифилис поздний (сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией, давностью два года и более с момента заражения).
15. Скрытый сифилис неуточненный. Случаи с положительной серологической реакцией на сифилис при невозможности установить сроки заражения. В эту группу включаются больные

«неведомым» сифилисом, а также лица, начавшие лечение в не установленной в прошлом стадии сифилиса.

16. Ранний врожденный сифилис (врожденный сифилис грудного (до 1 года) и раннего детского возраста (1–4 года включительно) возраста).

17. Поздний врожденный сифилис (5 лет и более).

18. Скрытый врожденный сифилис (в скобках указывается первоначальный диагноз).

19. Сифилис нервной системы ранний (при давности сифилитической инфекции до 5 лет).

20. Сифилис нервной системы поздний. (при давности сифилитической инфекции более 5 лет).

21. Спинная сухотка.

22. Прогрессивный паралич.

23. Висцеральный сифилис с указанием пораженного органа.

## **Международная статистическая классификация болезней X пересмотра (раздел ИППП)**

A50 Врожденный сифилис

A50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами

A50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый

A50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный

A50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз

A50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)

A50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами

A50.6 Поздний врожденный сифилис, скрытый

A50.7 Поздний врожденный сифилис, неуточненный

A50.9 Врожденный сифилис неуточненный

A51 Ранний сифилис

A51.0 Первичный сифилис половых органов

A51.1 Первичный сифилис анальной области

A51.2 Первичный сифилис других локализаций

- A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек
- A51.4 Другие формы вторичного сифилиса
- A51.5 Ранний сифилис скрытый
- A51.6 Ранний сифилис неуточненный
- A52 Поздний сифилис
- A52.0 Сифилис сердечно-сосудистой системы
- A52.1 Нейросифилис с симптомами
- A52.2 Асимптомный нейросифилис
- A52.3 Нейросифилис неуточненный
- A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса
- A52.8 Поздний сифилис скрытый
- A52.9 Поздний сифилис неуточненный
- A53 Другие и неуточненные формы сифилиса
- A53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или  
поздний
- A53.9 Сифилис неуточненный

# РАННИЙ СИФИЛИС

## Первичный сифилис

После истечения скрытого периода на месте входных ворот, то есть там, где инфекция впервые проникла в организм, развивается первый признак сифилиса — твердый шанкр (шанкр в переводе с французского означает «язва»). Он может иметь различную локализацию — это зависит от пути заражения. Так, при половом заражении сифилитическая язва появляется на половых органах; при поцелуе, а также при пользовании общей папиросой язва возникает на губах, деснах, языке; при рукопожатии — на ладонях или пальцах рук и т.д.

Первый признак сифилиса — первичная сифилома — представляет небольшая эрозия или язвочка диаметром 5–10 мм, которая ничем заболевшего не беспокоит. Ни зуда, ни болей больной не испытывает. Воспалительных явлений не наблюдается.

Но имеется типичное для этой болезни уплотнение в основании элемента, отсюда и название «твердый шанкр». Локализация процесса может быть самая разнообразная. В подавляющем большинстве случаев твердый шанкр располагается на половых органах. При этом у женщин иногда он может быть скрытым (во влагалище, на шейке матки). Реже твердый шанкр локализуется в области губ, языка, десен, миндалин, кожи лица, шеи, груди, живота, в области заднего прохода и слизистой прямой кишки (у гомосексуалистов) и т.д. Описаны случаи локализации первичной сифиломы в области пятки (у прачки, которая ногами стирала белье больной сифилисом), на коже волосистой части головы (когда парикмахер своей слюной обрабатывал порез на голове работника цирка во время бритья), в области соска (при кормлении больного сифилисом чужого ребенка).

По количеству шанкры могут быть **единичные и множественные**, по форме — **округлые, овальные и линейные**, по величине — **карликовые и гигантские**. Кроме того, они могут быть **типичные, атипичные и осложненные** вторичной инфекцией.

К атипичным твердым шанкрам относятся:

1. **Шанкр-амигдалит**. Он представляет увеличение одной миндалины, которая не воспалена (как при ангине), плотно-эластической консистенции, безболезненная. Подчелюстной лимфоузел увеличен.

2. **Индуративный отек**. Возникает в области крайней плоти и мошонки у мужчин и в области половых губ у женщин. При этом развивается отек. Настолько плотный, что при надавливании ямки не остается.

3. **Шанкр-панариций**. Развивается чаще в области концевой фаланги кисти и несколько напоминает хирургический панариций.

К осложненным твердым шанкрам относятся:

1. **Баланит** — воспаление кожи головки полового члена.

2. **Баланопостит** — воспаление кожи головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти. Эти осложнения возникают в результате присоединения пиококковой инфекции. При этом возникают краснота и отечность кожи.

3. В случае нарастания воспаления резко усиливаются краснота и отечность, крайняя плоть суживается, и головка полового члена не открывается. Из препуциального мешка выделяется обильный гной. Такое состояние носит название **фимоз**, который может развиваться не только как осложнение твердого шанкра, но и как осложнение мягкого шанкра, гонореи и других заболеваний, или же может возникнуть самостоятельно. Поэтому такие больные подлежат вначале тщательному клинико-лабораторному обследованию, а затем, после исключения названных венерических заболеваний, назначается лечение. В противном случае могут быть тяжелые последствия.

4. Если у больного фимозом насильно открыть головку полового члена, то возникает **парафимоз** или удавка. При этом происходит нарушение крово- и лимфообращения и возникает сильный отек крайней плоти. В тяжелых случаях возможно омертвление участков крайней плоти и головки полового члена. Чтобы этого не произошло, необходима срочная медицинская помощь.

5. В случае присоединения фузоспириллезной инфекции развивается **гангренизация** (омертвление) твердого шанкра, на месте которого возникает темного цвета корка.

6. Если гангренизация продолжается в глубину и ширину, это явление носит название **фагеденизм**. При этом происходит значительное разрушение тканей, а в особо тяжелых случаях даже с отпадением головки полового члена. Такие тяжелые осложнения чаще бывают у ослабленных лиц и алкоголиков.

Через 5–7–10 дней после появления твердого шанкра увеличиваются близлежащие лимфатические узлы (**склераденит или лимфаденит**). При расположении первичной сифиломы в области наружных половых органов увеличиваются паховые лимфатические узлы. Они плотно-эластической консистенции, безболезненные, подвижные, без воспалительных явлений, достигают величины лесного ореха. Склераденит держится в течение 3–5 месяцев.

Третьим признаком первичного периода сифилиса является **лимфангит** — воспаление лимфатического сосуда, тянущегося от твердого шанкра до ближайшего лимфатического узла. Он обнаруживается в виде красноватой полоски.

Первичный период сифилиса продолжается **6–8 нед.**

Через 1–1,5 месяца твердый шанкр без лечения постепенно проходит, оставляя на своем месте небольшой рубчик или временную пигментацию. Наступает скрытый период.

### **Дифференциальная диагностика**

**Травматическая эрозия** имеет линейную форму с мягким основанием, сопровождается островоспалительными явлениями, болезненна, быстро заживает от применения примочек с физиологическим раствором. Иногда характерны анамнестические данные о травме.

**Генитальный герпес.** На отечном и гиперемированном основании возникают тесно сгруппированные мелкие пузырьки. Через 3–4 дня пузырьки вскрываются с образованием мелких скученных эрозий. Эрозии неровные, имеют полициклические очертания, чистое дно и обильное серозное отделяемое. Уплотнение в основании отсутствует. Больные жалуются на чувство зуда и

жжения в очагах поражения. Регионарный лимфаденит отсутствует.

**Мягкий шанкр.** Множественные язвы, болезненные, воспаленные, гиперемия, подрытые края, обильное гнойное отделяемое. Регионарные лимфатические узлы увеличены, спаяны между собой и кожей. Кожа над пораженными лимфатическими узлами окрашена в ярко-красный цвет. Увеличенные лимфатические узлы имеют мягкую консистенцию, болезненны при пальпации. В отделяемом обнаруживается возбудитель мягкого шанкра. В СССР ликвидирован к 1951 году.

**Шанкриформная пиодермия** — редкое заболевание, клиническая картина которого практически не отличается от первичной сифиломы. Локализуется чаще всего на половых органах и лице (красная кайма губ, веки). Образуется круглая или овальная эрозия или язва правильных очертаний с ровными краями, блестящим дном и серозным отделяемым. В основании имеется выраженное уплотнение, выходящее за пределы края язвы. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются, становятся плотными, но остаются подвижными и безболезненными, что ещё более симулирует твердый шанкр. Для установления диагноза необходимо тщательное и многократное лабораторное обследование больного на сифилис. Рекомендуется клинико-лабораторный контроль в течение не менее 6 месяцев. Для лечения шанкриформной пиодермии нельзя применять антибиотики.

**Чесоточная эктима** — чесоточный ход, осложненный вторичной инфекцией. Отсутствие плотного инфильтрата в основании эктимы, гнойное отделяемое, легко засыхающее с образованием корки, наличие зуда, характерные чесоточные высыпания на других участках тела, отсутствие типичного регионарного лимфаденита.

**Раковая язва.** Края язвы неровные, выступают над уровнем кожи (вывороченные), имеют чрезвычайно плотную консистенцию. Дно язвы ярко-красное, легко кровоточит. Возможно также появление папилломатозных и бородавчатых разрастаний.

**Острая язва вульвы (язва Чапина и Липшица).** Наблюдается чаще всего у девушек и молодых нерожавших женщин вне



связи с половой жизнью. Болезнь протекает остро, часто сопровождается нарушением общего состояния больных (озноб, повышение температуры тела до 39–40 °С, головные боли, общая слабость, недомогание). Развитию может предшествовать болезненность при мочеиспускании. На малых, реже больших половых губах, области заднего прохода и промежности появляются множественные, очень болезненные язвы различных размеров. Язвы имеют неправильные очертания, круто обрезанные края, мягкую консистенцию. Дно их ровное, зернистое, покрытое серозно-гнойным отделяемым. Вокруг язв отмечается зона гиперемии и отека. Язвы располагаются симметрично, в виде отпечатков, иногда увеличиваются по площади и в глубину, покрываются слизисто-гнойным отделяемым. Регионарный лимфаденит развивается редко. В отделяемом язвы легко обнаруживаются *V. Crassus* Додерлейна. У больных часто появляются язвенные поражения слизистой оболочки полости рта и высыпания типа узловатой эритемы на нижних конечностях. Язвы обычно заживают в течение 2–4 недель, возможны рецидивы.

## **Тестовый контроль к теме «Первичный сифилис»**

1. Что нехарактерно для типичного твердого шанкра?
  1. зуд в местах высыпаний;
  2. гладкая ровная поверхность эрозии;
  3. округлые очертания;
  4. болезненность;
  5. резкое отграничение от окружающих тканей.
2. Какой препарат применяют для очищения твердого шанкра перед исследованием на бледную трепонему?
  1. р-р хлоргексидина;
  2. 2 % р-р борной кислоты;
  3. 0,02 % р-р фурациллина;
  4. 10 % р-р хлорида натрия;
  5. 0,9 % р-р хлорида натрия.
3. Укажите атипичные формы твердого шанкра:
  1. шанкр-амигдалит;

2. шанкр-панариций;
3. фагеденизм;
4. индуративный отек;
5. гангренозный шанкр.

4. С какими заболеваниями нужно дифференцировать типичный твердый шанкр?

1. хламидиоз;
2. раковая язва;
3. чесоточная эктима;
4. контагиозный моллюск;
5. генитальный герпес.

5. Виды движения бледной трепонемы:

1. поступательное;
2. вращательное;
3. волнообразное;
4. маятникообразное.

6. Какое из нижеприведенных исследований применяется в повседневной практике для обнаружения бледных трепонем?

1. окраска по Романовскому-Гимзе;
2. исследование нативного препарата в темном поле;
3. окраска по Грамму;
4. окраска метиленовым синим;
5. культивирование на питательных средах.

7. Какие проявления относятся к осложнениям твердого шанкра?

1. фимоз;
2. вульвовагинит;
3. парафимоз;
4. индуративный отек;
5. фагеденизм.

8. Пути заражения сифилисом:

1. гемотрансфузионный;
2. внутриутробный;
3. воздушно-капельный;
4. половой;
5. профессиональный.

9. Какие клинические симптомы не бывают у больных первичным сифилисом?

1. папулы ладоней и подошв;
2. лимфангит;
3. лабиринтная глухота;
4. саблевидные голени;
5. регионарный лимфаденит.

10. Назовите формы бледной трепонемы, возникающие под влиянием неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов:

1. коки;
2. ретикулярные тельца ;
3. L-формы;
4. инициальные тельца;
5. цисты.

11. Укажите признаки, характерные для неосложненного твердого шанкра:

1. болезненность язвы;
2. гнойное отделяемое;
3. подрытые края;
4. плотный инфильтрат в основании язвы;
5. правильные округлые или овальные очертания.

12. Укажите признаки, нехарактерные для регионарного лимфаденита:

1. болезненность;
2. подвижность;
3. плотноэластическая консистенция;
4. видимо неизменная кожа над лимфоузлами;
5. лимфоузлы спаяны между собой.

13. Какие методы применяются для диагностики первичного сифилиса?

1. исследование тканевой жидкости эрозивно-язвенных поражений на бледную трепонему;
2. исследование пунктата регионарных лимфоузлов на бледную трепонему;
3. проведение конфронтаций;
4. исследование на РПГА;
5. общий анализ крови.

14. Какова средняя продолжительность инкубационного периода при сифилисе:

1. 1 неделя;

2. 2 недели;
3. 5–12 часов;
4. 3–4 недели;
5. 2–3 месяца.

15. С какого времени после образования твердого шанкра РПГА у больных в подавляющем большинстве становятся положительными?

1. 3–5 дней;
2. 7–8 недель;
3. 2 недели;
4. 1 неделя;
5. 3–4 недели.

16. Какие признаки не встречаются в первичном периоде сифилиса?

1. твердый шанкр;
2. отрицательная РПГА;
3. полиаденит;
4. положительная РПГА;
5. эритематозная ангина.

17. Условия заражения сифилисом:

1. входные ворота;
2. наличие бледной трепонемы;
3. наличие у полового партнера позднего скрытого сифилиса;
4. наличие у больного хламидиоза;
5. состояние макроорганизма.

18. Укажите относительно редкие локализации твердого шанкра:

1. внутренний лепесток крайней плоти;
2. шейка матки;
3. головка полового члена;
4. стенки влагалища;
5. половые губы.

19. Пути распространения бледной трепонемы в организме:

1. по протяжению;
2. лимфогенный;
3. гематогенный;
4. антиперистальтический;
5. алиментарный.

20. Что не относится к разновидностям типичного твердого шанкра?

1. язвенный шанкр;
2. гигантский шанкр;
3. экстрагенитальный шанкр;
4. шанкр-панариций;
5. эрозивный шанкр.

### **Клиническая задача № 1**

На прием в диспансер пришел мужчина 30 лет, холост, с жалобами на появившиеся несколько дней назад «язвочки» на половом члене. Субъективные ощущения отсутствуют. Не лечился. Категорически отрицает половое общение с женщиной.

При осмотре пациента на коже гениталий: на лобке и на спинке полового члена видны грязно-серые корочки (несколько), легко снимаемые пинцетом, после чего обнажаются эрозии различных размеров, с четкими границами, различной величины и правильной формы. Пальпаторно они несколько плотноваты и безболезненны. Все лимфоузлы в правой паховой области увеличены, плотноэластической консистенции, безболезненные, не спаяны между собой. Слева лимфоузлы без особенностей. Реакция экспресс-метод отрицательная. Пациент направлен в стационар ОКВД.

В стационаре проведен осмотр пациента, и выявлена на правом локте грязно-серая мощная корка на плотном основании с воспалительными явлениями вокруг. Из дополнительного опроса выявлено, что корка на локте существует уже около месяца. После наложения примочек эрозии стали чище, в их отделяемом спирохеты не найдены. КСР отрицательные.

Вопрос: О каком диагнозе может идти речь?

## ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

Через 1,5–2 месяца после появления твердого шанкра развивается вторичный период сифилиса. Вначале отмечается повышение температуры тела, общее недомогание, головные боли, слабость, разбитость и прочие общие явления, затем увеличиваются все лимфатические узлы (полиаденит), и после этого на коже и слизистых оболочках появляется сыпь. Она располагается на груди, животе, боковых поверхностях туловища. Сыпь без воспалительных явлений, зуда и болей. Высыпания могут быть на слизистых оболочках рта, горла, голосовых связках и на половых органах. Высыпания на миндалинах создают впечатление ангины. При локализации элементов в области голосовых связок голос становится сиплым, как при простудном заболевании, ларингите. При этом исчезновение своего голоса заболевшие обычно связывают с простудой.

Высыпания могут быть в виде пятен бледно-розового цвета 5–10 мм диаметром. Они не возвышаются и не шелушатся. При надавливании пятна исчезают, после прекращения давления возникают вновь. Такие пятна возникают в результате расширения поверхностных сосудов кожи (**розеолезные высыпания**).

Другой частой разновидностью сыпи являются слегка возвышающиеся над уровнем окружающей кожи, медно-красного цвета, плотноватые узелки (**папулезные высыпания**). Также при вторичном периоде сифилиса встречаются **пустулезные высыпания, сифилитическая лейкодерма и облысение**. Более часто высыпания на слизистой полости рта появляются у курильщиков, лиц, употребляющих спиртные напитки и острую пищу.

Вторичный период сифилиса считается самым заразным, поскольку обильные высыпания имеются как на коже, так и на слизистых оболочках, и в каждом высыпном элементе масса бледных трепонем. Эти высыпания возникают как реакция организма на очаговые скопления бледных трепонем. Поэтому во вторичном периоде возможна передача инфекции не только половым, но и бытовым путем. Через 2–3 месяца сыпь исчезает и наступает оче-

редной скрытый период. Через несколько месяцев вновь появляются подобные высыпания, иногда с характерным мелкоочажковым или диффузным выпадением волос, бровей, ресниц, то есть наступает вторичный рецидивный сифилис. Эти высыпания также проходят, затем снова появляются. Такое волнообразное течение вторичного сифилиса продолжается в течение 2–3–5 лет и более. Во вторичном периоде сифилиса классические серологические лабораторные реакции положительны.

Общая клиническая характеристика для высыпаний вторичного периода сифилиса следующая:

1. Ясные четкие границы высыпных элементов.
2. Высыпные элементы вторичного свежего сифилиса не увеличиваются периферическим ростом, а рецидивного — могут увеличиваться за счет периферического роста.
3. Сыпь не дает субъективных ощущений.
4. Отсутствуют признаки острого воспаления.
5. Полиморфизм сыпи.
6. Самопроизвольное исчезновение сыпи.
7. Доброкачественность элементов сыпи.
8. Положительные серологические реакции.
9. Сыпь быстро исчезает в результате специфического лечения.
10. Проявления вторичного периода сифилиса заразны.

### **Сифилитическая розеола**

Встречается у 80–85 % больных вторичным сифилисом, чаще при вторичном свежем сифилисе.

Розеола — это пятно, бледно-розового цвета, имеет четкие границы, диаметр 5–10 мм, не возвышается, не шелушится. Возникает в результате расширения сосудов поверхностного сосудистого сплетения, при давлении исчезает. Если пятно плохо заметно, больному вводят 3–5 мл 0,5%-го раствора никотиновой кислоты (**проба З.И. Синельникова**), в силу вазомоторной реакции пятно становится более ярким, также — поток холодного воздуха, в начале лечения антибиотиками (после 1-й инъекции пеницилли-

на — массовая гибель бледных трепонем, выделяется эндотоксин, который обуславливает реакцию обострения). Особенно реакция выражена при вторичном свежем сифилисе: повышение температуры, недомогание, розеолы появляются там, где их не было — реакция **Герксгеймера — Яриша Лукашевича**. При вторичном свежем — более мелкая, более яркая, более обильная, беспорядочная, симметричная. При вторичном рецидивном — менее обильная, более крупная, менее яркая, располагается ассиметрично в виде колец, гирлянд, держится от 1,5–2 недель до 7–8 недель, в среднем — 3–4 недели. Затем бесследно исчезает.

Клинические разновидности розеолы:

- **Возвышающаяся (элевирующая) розеола, уртикарная, папулезная, экссудативная** характеризуется отечностью, возвышением над уровнем кожи, иногда напоминает волдырь, от которого отличается отсутствием зуда и длительностью существования.

- **Фолликулярная розеола** отличается наличием на поверхности пятна мелкой точечной **зернистости**, обусловленной выраженностью фолликулярного рисунка.

- **Сливная розеола** — образуется вследствие слияния отдельных пятен при очень обильном высыпании или при раздражении отдельных участков кожи.

- **Шелушащаяся розеола** — на поверхности пятнистых элементов возникают пластинчатые чешуйки, центр элемента представляется несколько запавшим.

На слизистых оболочках она менее заметна, т.к. бледно-розового цвета. Имеет сливной характер в виде эритемы. Сливная розеола в области миндалин — сифилитическая эритематозная ангина (нужно дифференцировать с ангиной — нет болезненности, нет яркости). Если розеола образуется в области гортани, голосовых связок — осиплость голоса (дифференцировать нужно с ларингитом — нет болезненности).



## Дифференциальный диагноз

**Корь, краснуха, брюшной тиф** — розеолы более яркие; общее состояние больного: повышение температуры, слабость, недомогание.

**Токсикодермия** — после приема лекарственных веществ, недоброкачественной пищи, чувство жжения, зуда.

**Розовый лишай** — вначале появляется материнская бляшка 3–4 см в диаметре, затем через 1–2 недели — множественные дочерние бляшки 1–2 см по линиям натяжения кожи — линиям Лангера. В центре — шелушение, складчатость — «симптом папирозной бумаги».

**Пятна от укусов клопов** — после укуса в центре элемента — геморрагическая точка. Установлению диагноза также помогает наличие у пациента лобковых вшей.

**Мраморная кожа** — просвечивание расширенных капилляров кожи. Появляется при нахождении здоровых лиц в холодном помещении. Кожа покрывается петлистым рисунком в виде неправильной формы синюшно-розовых полос и петель, чередующихся с участками просветления. Может исчезнуть после нескольких минут адаптации кожи к холоду или энергичном растирании ладонью. Сифилитическая розеола в этих случаях становится ярче. В затруднительных случаях можно использовать пробу З.И. Синельникова (см. выше).

## Папулезный сифилид

Встречается так же часто, как и розеола, у 80–85 % больных.

Иногда сочетается с розеолой, чаще при вторичном рецидивном сифилисе.

Папулы в отличие от розеол возвышаются над уровнем кожи, располагаются в дерме, имеют четкие границы, гладкую матовую поверхность, медно-красного цвета.

Разновидности папулезного сифилида:

**Милиарный** — 1–2 мм, размером с просынное зерно.

**Лентикулярный** — (5–6 мм, размером с чечевицу) чаще при вторичном свежем, по мере рассасывания — через 1,5 месяца, на поверхности папулы появляется чешуйка, которая отторгается,

а по периферии — ободок отслаивающегося рогового слоя — воротничок Биетта. Затем папулы рассасываются, остаётся временная пигментация, которая затем исчезает. Субъективных ощущений нет. При надавливании зондом на поверхность папулы больной иногда испытывает резкую боль — симптом Ядассона.

**Монетовидный** — крупные папулы, величиной с монету (20–25 мм), более массивные, больше возвышаются над общим уровнем, медленнее рассасываются, оставляют более значительную пигментацию.

**Бляшковидный** — (скатертеобразный) — в результате слияния близко расположенных папул, имеет вид слившихся папул.

**Мокнувший** — в местах повышенной влажности и потливости, в области гениталий, в межъягодичных складках, в подмышечных впадинах, под молочными железами у женщин. В результате повышенной влажности и потливости поверхностные слои папулы разбухают, становятся белоавтыми, мацерированы, отторгаются, возникают эрозивные папулы. Если присоединяется вторичная инфекция, то трансформируются в язвенные.

**Вегетирующий** — в местах повышенного трения и раздражения: в области гениталий, межъягодичных складках, подмышечных складках, под молочными железами. Папулы увеличиваются в размерах, становятся гипертрофическими — широкие кондиломы. На поверхности — выросты в виде петушиных гребешков, ворсин, до 5–10 мм, специфический запах.

В виде колец — **орбикулярный**.

**Псориазоформный** — на поверхности папулы роговые чешуйки, как при псориазе. При псориазе — ободок вокруг папулы (венчик роста) розового цвета, а при сифилисе — темно-красного цвета.

**Себорейные** — на себорейных местах (голова, лицо, верхняя часть туловища). На поверхности таких папул жирные чешуйки желтого цвета.

**Рагозиформный (трещины)** — анус, угол рта, глаз.

**На слизистых:** первоначально не отличаются от таких на коже, затем поверхностные слои становятся разбухшими, разрыхленными, приобретают беловатый оттенок, эти участки отторга-

ются — возникают эрозивные папулы. Если в области миндалин — папулезная сифилитическая ангина. Дифференцируют с банальной ангиной, если в области гортани — осиплость голоса — с ларингитом.

### Дифференциальный диагноз

**Красный плоский лишай** — особенности папулы и интенсивный зуд.

**Контагиозный моллюск** — вирусное заболевание у детей. Мелкие узелки от макового зерна до чечевицы с восковидным блеском, пупкообразное вдавление на поверхности, если раздавить пинцетом, то выдавливается сероватая масса — моллюсковые тельца.

**Остроконечные кондиломы** — вирусное, передающееся половым путем заболевание. Узелки на тонкой ножке, напоминают цветную капусту

### Пустулезный сифилид

**Угревидный** — имеет коническую форму, напоминает вульгарные угри, на верхушке корочка, а в основании — нераспавшаяся папула темно-красного цвета.

**Импетигинозный** — более крупный, в центре корочка — желто-бурого цвета, по периферии — ободок темно-красного цвета.

**Оспенновидный** — распад в центре папулы, более глубокий. Возникает корочка с западением в центре, этим западением напоминает элемент оспы. Эти элементы чаще наблюдаются у больных вторичным свежим сифилисом, КСР положительны.

**Эктима** — массивная корка, под коркой язва, вокруг — узкий ободок темно-красного цвета. Дифференцируют со стрептококковой (по периферии — разлитая гиперемия) эктимой.

**Рупия** — если язва при эктимае увеличивается в силу распада в глубину и в ширину, то распад ткани постепенно наслаивается на имеющуюся корку, возникает слоистая корка, напоминающая раковину (рупию).

Эктима и рупия чаще встречаются у больных вторичным рецидивным сифилисом, у ослабленных больных, у которых даже КСР отрицательны. В процессе лечения они становятся положительными, а после лечения постепенно негативируются.

### **Дифференциальный диагноз**

**При пиодермиях** первичный морфологический элемент — пустула, при сифилисе — первичный морфологический элемент — папула, а затем на фоне папулы может развиваться пустулезный сифилид.

### **Пигментный сифилид или сифилитическая лейкодерма**

Чаще встречается на задней поверхности шеи, впереди подмышечных впадин.

- **пятнистая** — на фоне гиперпигментации имеются участки гипопигментации;
- **сетчатая** — когда участки гипер- и гипопигментации чередуются в виде сеточки;
- **мраморная** — между участками гипер- и гипопигментации нет четких границ.

Элемент стойкий, держится до 1, 1,5 и 2 лет. Встречается при вторичном рецидивном сифилисе.

### **Дифференциальный диагноз**

**с лейкодермой при псориазе** — были элементы, исчезли, осталась пигментация; учитывают анамнез.

**Разноцветный лишай** — отличается появлением на груди и спине сливных белых пятен неправильной формы на фоне нормальной здоровой кожи; анамнез.

### **Сифилитическое облысение**

Бледная трепонема вазотропна, поражает сосуды во все периоды сифилиса. Развивается эндо-, мезо-, периваскулиты. Вокруг сосудов инфильтраты, часто поражаются сосуды, питающие волос. Инфильтраты сдавливают сосуды, питание волос прекращается, волосы выпадают.

**Мелкоочаговое** — мелкие очаги 1–1,5 см «мех, изъеденный молью», локализуются преимущественно в височно-теменных и затылочных областях, реже в области роста бороды, усов, лобка, иногда на бровях и ресницах. При постепенном выпадении и последовательном отрастании волос на ресницах последние имеют неодинаковую длину (ступенчатые ресницы, признак Пинкуса).

**Диффузное** — поредение волос при отсутствии каких-либо изменений кожи

**Смешанное** — одновременно у одного и того же больного и мелкоочаговое и смешанное.

Уже через 1–2 месяца после лечения рост волос восстанавливается.

### **Дифференциальный диагноз**

**Трихофития, микроспория** — в очагах шелушение, воспалительная реакция — гиперемия, обламываются волосы.

**Гнездная плешивость** — крупные очаги от 1–3, кожа телесного цвета, шелушения нет, на других участках волосы густые, по периферии извлекаются пинцетом при малейшем потягивании — зона расшатанных волос.

**Себорея** — в подростковом возрасте; к 30 годам у мужчин — лысина.

### **Клиническая задача № 2**

Женщина, 42 года, не замужем, жалуется врачу «скорой помощи» на температуру, выраженное недомогание в течение недели, а в последние 2 дня появились непроизвольные судорожные сокращения мышц шеи, голову клонит назад. При беглом осмотре кожные покровы бледновато-желтые, гиперемия склер и конъюнктивы, легкий насморк, температура 37,2°. Врач решает проконсультировать больную у инфекциониста с подозрением на менингит за счет ОРЗ.

Дежурный врач инфекционной клиники, осмотревший пациентку, не найдя ничего дополнительного решает оставить ее в стационаре.

Ставится предварительный диагноз ОРВИ, больная берется под наблюдение. Срочной необходимости в спинномозговой пункции нет. По эпидпоказаниям взята кровь на экспресс-метод, назначены общеклинические анализы. Через сутки самочувствие пациентки хорошее, жалоб нет.

Такой исход заболевания вызвал у инфекциониста желание проконсультировать пациентку у дерматовенеролога, который выявил у женщины промискуитет, обильную мелкую розеолезную сыпь на груди и животе, исчезающую при диаскопии.

Пальпаторно выявлен полиаденит — увеличение лимфоузлов заднешейных, кубитальных, подкрыльцовых и паховых. Среди последних справа — пакет неспяянных лимфоузлов, один из них больше всех (признак Себанского — «сторожевой бубон»). Введение никотиновой кислоты внутривенно вызвало усиление розеолы. Реакция экспресс метод, РПГА — резкоположительна.

Вопрос: О чем подумал дерматовенеролог? Дальнейшая тактика? Окончательный диагноз?

### **Клиническая задача № 3**

На прием к врачу-дерматовенерологу одной из поликлиник обратился мужчина, 40 лет с жалобами на высыпания в области ануса, выпадение волос на волосистой части головы.

Во время осмотра врач отметил следующее: в области волосистой части головы смешанный тип облысения: мелкоочаговое и диффузное; в области рта, в области языка — эрозивные папулы; в области ануса — широкие кондиломы.

Врач назначил пациенту обследование: экспресс-метод, РИФ и РПГА. Все реакции резкоположительны.

Вопрос: какой диагноз врач выставил данному пациенту?

## Тестовый контроль к теме «Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек»

1. Что характерно для вторичных сифилидов?
  1. отсутствие островоспалительных явлений;
  2. болезненность;
  3. самопроизвольное исчезновение сыпи;
  4. отсутствие субъективных расстройств;
  5. положительная проба Синельникова.
2. Какие высыпания могут встречаться на коже у больных вторичным сифилисом?
  1. розеолезные;
  2. папулезные;
  3. пустулезные;
  4. пигментные;
  5. бугорковые.
3. Укажите признаки вторичного периода сифилиса:
  1. мозаичный рубец;
  2. мелкоочаговое облысение;
  3. диффузная папулезная инфильтрация;
  4. лейкодерма;
  5. сифилитическая эктима.
4. Диагноз раннего скрытого сифилиса может быть выставлен, если после заражения прошло:
  1. 2 недели;
  2. один месяц;
  3. не более 2 лет;
  4. более 2 лет;
  5. более 3 лет.
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сифилитическую лейкодерму?
  1. чесотка;
  2. витилиго;
  3. прогрессирующая стадия псориаза;
  4. крапивница;
  5. склеродермия (болезнь белых пятен).
6. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз пустулезного сифилида:
  1. вульгарное импетиго;
  2. вульгарная эктима;
  3. вульгарные угри;
  4. крапивница;
  5. розовый лишай Жибера.

7. Какие лабораторные тесты могут быть положительными у больных вторичным рецидивным сифилисом?

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. РПГА;           | 2. РИФ;            |
| 3. ИФА;            | 4. реакция Видала; |
| 5. экспресс-метод. |                    |

8. Какие диагнозы могут быть выставлены больному с положительными лабораторными тестами на сифилис при отсутствии клинических проявлений?

1. сифилис скрытый ранний;
2. сифилис скрытый неуточнённый;
3. сифилис скрытый поздний;
4. инкубационный период;
5. первичный скрытый сифилис.

9. Какое сочетание клинических проявлений характерно для вторичного свежего сифилиса?

1. алопеция, папулы ладоней и подошв;
2. эритематозная ангина, широкие кондиломы;
3. эритематозная ангина, остатки твердого шанкра;
4. широкие кондиломы, милиарные папулы.

10. Какие клинические симптомы характерны для сифилитической ангины?

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. резкие границы;          | 2. отсутствие болезненности; |
| 3. синюшный оттенок;        | 4. наличие гнойных пробок;   |
| 5. двухстороннее поражение. |                              |

11. Назвать разновидности пустулезного сифилида:

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. герпетиформный; | 2. импетигиозный; |
| 3. угревидный;     | 4. эктима;        |
| 5. пузырьный.      |                   |

12. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз сифилитической розеолы:

- |                   |                              |
|-------------------|------------------------------|
| 1. токсикодермия; | 2. сыпной тиф;               |
| 3. псориаз;       | 4. ограниченный нейродермит; |
| 5. лейкодерма.    |                              |

13. Какие признаки свидетельствуют о наличии у больного только вторичного рецидивного сифилиса?

1. сифилитическая пузырьчатка;
2. сифилитическое облысение;



3. широкие кондиломы;
4. осиплость;
5. лейкодерма.

14. Отметьте наиболее заразные высыпания вторичного сифилиса

1. розеола туловища;
2. эрозивные папулы языка;
3. лейкодерма;
4. широкие кондиломы;
5. алопеция.

15. Указать атипичные формы сифилитической розеолы:

1. гигантская;
2. зернистая;
3. возвышающаяся;
4. карликовая;
5. сливная.

16. Назвать разновидности папулезного сифилида:

1. мокнущий;
2. вегетирующий;
3. милиарный;
4. гигантский;
5. моллюсковидный.

17. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз папулезного сифилида:

1. псориаз;
2. витилиго;
3. остроконечные кондиломы;
4. красный плоский лишай;
5. геморроидальные узлы.

18. С какими заболеваниями следует дифференцировать ладонно-подошвенный сифилид?

1. розовый лишай Жибера;
2. бородавки;
3. псориаз;
4. красный плоский лишай;
5. кандидоз.

19. С чем нужно дифференцировать сифилитическую алопецию?

1. фавус;
2. гнездная плешивость;
3. псориаз волосистой части головы;
4. себорейная экзема;
5. трихофития.

20. Укажите стадии вторичного сифилиса:

1. активный;
2. свежий;
3. скрытый;
4. abortивный;
5. рецидивный.

## ПОЗДНИЙ СИФИЛИС

Проявления позднего периода сифилиса на коже соответствуют клинике третичного периода по старой клинической классификации. Третичный период сифилиса подразделяют на активный и скрытый (латентный).

Проявления третичного периода сифилиса имеют следующие отличия:

- Сифилиды третичного периода имеют глубокий инфильтрат плотно-эластической консистенции, склонный к распаду (изъязвлению) и последующему образованию рубцов.
- Третичные сифилиды локализуются на ограниченном участке.
- В сифилидах третичного периода бледные трепонемы обнаруживаются с большим трудом и в незначительном количестве, поэтому такие сифилиды мало заразительны.
- При третичном сифилисе нередко поражаются внутренние органы, центральная нервная система и опорно-двигательный аппарат.
- Проявления третичного сифилиса на коже обычно не сопровождаются субъективными ощущениями.
- Серологические реакции у больных третичным активным сифилисом бывают положительными в 60–70 % случаев, а скрытым — в 50 %.
- Третичные сифилиды развиваются медленно, без островоспалительных явлений, течение длительное.
- Под влиянием специфического лечения сифилиды разрешаются быстро.

Патологоанатомической сущностью третичных сифилидов является инфекционная гранулема, в ряде случаев, расположение которой, приводит к нарушению функций органа.

При третичном сифилисе развиваются опухолевидные образования, так называемые **гуммы (узлы)**, величиной с куриное яйцо и более. В отличие от высыпаний вторичного периода гуммы имеют злокачественное течение. Они подвергаются распаду, раз-

рушая органы и ткани, в которых они расположены. Например, если в процесс вовлечена кожа, то после распада пораженного участка возникает больших размеров обезображивающая язва блюдцеобразной формы с плотными пологими краями. После заживления на месте язвы остается втянутый звездчатый рубец. Если в процесс вовлечена кость, происходит ее разрушение. Иногда гуммы появляются в костно-хрящевой части носа, что приводит к разрушению и последующему проваливанию (западению) носа. Гумма может образоваться в стенке желудка, легких, головном и спинном мозге и других органах. Последствия будут зависеть от того, насколько жизненно важная ткань разрушается. Может наступить внутреннее кровотечение, паралич, смерть.

Появление гуммозного сифилида может провоцировать местная травма. Такие гуммы чаще возникают в области голеней, коленей, бедер, груди, шеи, лица, предплечий, то есть в местах наиболее частой травматизации.

### **Дифференциальный диагноз**

**Колликвативный туберкулез кожи (скрофулодерма)** наблюдается преимущественно в области лимфатических узлов в детском и юношеском возрасте. Язвы скрофулодермы имеют мягкую консистенцию, неправильные очертания, подрытые, изъеденные края, нависающие над дном язвы. Дно покрыто легко кровоточащими и вялыми грануляциями. Отделяемое жидкое, гнойное, охряно-желтого цвета. Обычно язвы болезненны. После заживления остаются втянутые, мостикообразные рубцы с кожными сосочками. При скрофулодерме туберкулиновые реакции положительные, а КСР — отрицательные.

**Индуративная эритема Базена**, которая встречается обычно в молодом возрасте, чаще у девушек, и локализуется чаще в нижней трети голени. Появляются болезненные узлы плотной консистенции, размером с лесной орех и больше. При распаде возникают неглубокие язвы округлых очертаний, с неровными красновато-синюшного цвета краями, серозно-гнойным отделяемым. От гуммозного сифилида отличается более медленным, вялым течением и отсутствием некротического стержня.

**Раковые язвы** отличаются неправильной формой, плотными, каллезными, валикообразными, вывороченными, нередко изъеденными краями, неровным, бугристым, легко кровоточащим дном, болезненностью, деревянистой плотностью основания, отсутствием гуммозного стержня. Раковые язвы наблюдаются чаще в преклонном возрасте. КСР отрицательные.

В третичном периоде кроме гуммозных могут возникать **бугорковые сифилиды**. Они представляют собой небольшие (от просяного зерна до вишневой косточки) плотноватые образования, округлой или овальной форм, располагающиеся в коже. Они медно-красного цвета, с гладкой поверхностью, несколько возвышающиеся над общим уровнем. На месте бугорков затем возникают небольшие язвы блюдцеобразной формы, после заживления которых остаются небольшие рубцы с ободком пигментации по периферии.

По клинической картине различают: сгруппированный, серпигинирующий, карликовый и бугорковый сифилид «площадкой».

### Дифференциальный диагноз

**Бугорковый сифилид дифференцируют с туберкулезной волчанкой**, которая начинается в детском и юношеском возрасте, развивается медленнее. При волчанке бугорок (люпома) имеет мягкую тестоватую консистенцию, при надавливании зондом остается вдавление или люпома быстро протыкается. То есть имеет место **симптом проваливания зонда или симптом Пospelова**. При надавливании предметным стеклом на бугорок появляется желтовато бурая окраска — **феномен яблочного желе**. При туберкулезной волчанке бугорки чаще более плоской формы, незначительно выступают над уровнем здоровой кожи, имеют наклонность к слиянию в очаги сплошного поражения с образованием сплошного непигментированного, гладкого и атрофического рубца, в толще которого нередко возникают новые люпомы.

В случае некротизации люпом образуются язвы неправильных очертаний, с подрытыми, красновато-синюшного цвета, мяг-

кими краями, неровным и часто зернистым дном. Течение туберкулезной волчанки длительное, исчисляется годами.

Тогда как сифилитические бугорки плотной консистенции, ветчинно-красного цвета, располагаются чаще сгруппированно, не сливаясь друг с другом. В случае изъязвления бугорков, язвы имеют правильные, округлые очертания, пологие, неподрытые края, чистое и гладкое дно, плотноэластический инфильтрат в основании. Рубцы пестрые, мозаичные, неровные по рельефу, на них бугорки никогда не образуются. Заболевание тянется неделями, месяцами и редко дольше. Распознаванию бугоркового сифилида способствуют серологические реакции, положительные у части больных. РИБТ и РИФ положительные у большинства больных.

Третичный период может продолжаться 10–20–30 лет и более. Течение болезни волнообразное: периодически возникающие вспышки активных проявлений сифилиса сменяются периодами затишья.

## СИФИЛИТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОСТЕЙ

В первичном периоде сифилиса у больных нередко возникают боли в костях, рассеянного характера. Обычно они усиливаются по ночам, поэтому получили название «ночных костных болей».

Во вторичном периоде заболевание костей встречается сравнительно часто (у 3,7–6 %). Развиваются **периоститы и остеопериоститы**. На поверхности костей возникают припухлости, уплотнения или разрежения костей.

В третичном периоде сифилиса заболевание костей наблюдается особенно часто (у 20–30 %). Поражение может захватить все слои кости: периост, корковый, губчатый слой и мозговое вещество. Наблюдаются **остеопериоститы и остеомиелиты** с разрушением костей.

## СИФИЛИТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ

В первичном периоде у больных иногда появляются суставные боли, усиливающиеся по ночам (артралгии).

Во вторичном периоде наблюдаются полиартриты. При этом поражаются множественные суставы; они увеличиваются в объеме, становятся отечными и болезненными при надавливании. Отмечается повышение температуры тела. В третичном периоде поражения суставов наблюдаются у 3–5 % больных. Они могут возникать первично, в результате образования гуммы, и могут быть обусловлены иррадиацией патологического процесса от близко расположенной костной гуммы. Течение длительное, хроническое. Развивается деформация суставов. Возможно существование двух форм гуммозных артритов: первично-синовиальное (поражение оболочки и сумки сустава) и первично-костное (поражение костей и хрящей сустава). Обе формы специфического артрита могут возникать остро и протекать хронически. Клинически эти артриты проявляются болями, шаровидной деформацией сустава, внутрисуставным выпотом и незначительным нарушением функции сустава. Наиболее часто поражаются коленные, плечевые, локтевые и голеностопные суставы.

# НЕЙРОСИФИЛИС

В развитии нейросифилиса основную роль играют отсутствие или недостаточность предшествующего противосифилитического лечения, черепно-мозговая травма, хронические инфекции, интоксикации, иммунные нарушения. Классификация поражений нервной системы при сифилисе несовершенна. С клинической точки зрения целесообразно выделять: **сифилис центральной нервной системы, сифилис периферической нервной системы, функциональные нервные и психические явления при сифилисе.** В настоящее время для практических целей применяют *клинико-морфологическую* классификацию.

Выделяют ранние и поздние формы сифилиса нервной системы. Такое подразделение нейросифилиса условно. Различие между ними основано на характере патологических изменений в нервной системе и хронологически не совпадает сообычной периодизацией сифилиса.

- Ранний нейросифилис (до 5 лет от момента заражения) называют мезенхимным, так как поражаются оболочки и сосуды мозга, преобладает мезенхимная реакция.

- Поздний нейросифилис (не ранее 6–8 лет после заражения) называют паренхиматозным в связи с поражением нейронов, нервных клеток, а также нейроглии. Изменения носят воспалительно-дистрофический характер, мезенхимная реакция не выражена.

Формы раннего нейросифилиса: скрытый латентный сифилитический менингит; острый генерализованный сифилитический менингит; менингоневротическая форма сифилитического менингита; сифилитическая гидроцефалия; ранний менинговаскулярный сифилис; сифилитический менингомиелит.

**Скрытый латентный сифилитический менингит** развивается в результате раздражения оболочек головного мозга либо непосредственно бледной трепонемой, либо продуктами её жизнедеятельности. Эта форма раннего нейросифилиса названа скрытым ранним менингитом потому, что у большинства больных клинические симптомы менингита обнаружить не удаётся. Некоторые больные могут жаловаться на головную боль («тяжёлая го-



лова»), шум в ушах, снижение слуха и головокружение. Диагноз ставится на основании патологических изменений ликвора — от значительных до минимальных. Показателями минимальной патологии считаются белок — 0,4‰, цитоз — 8 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, глобулиновые реакции (Нонне-Апельта: ++), реакция Ланге больше двух двоек и положительная реакция Вассермана.

**Острый генерализованный сифилитический менингит** встречается довольно редко. В процесс вовлекаются все оболочки мозга. Заболевание сопровождается усиливающейся головной болью, головокружением, шумом в ушах, рвотой (рвота не связана с приёмом пищи — «мозговая рвота»). Объективно отмечаются ригидность затылка, положительный симптом Кернига, положительный нижний симптом Брудзинского. Регистрируются патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо. Ликвор резко изменён: белок до 1,2 ‰, цитоз от 200 до 1000 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, реакции Нонне-Апельта и Панди +++++, реакция Ланге в виде паралитической или менингитической кривой.

**Менингоневритическая форма сифилитического менингита** (базальный менингит) характеризуется поражением отдельных участков оболочек головного мозга, чаще в области основания мозга. Клиника этого поражения складывается из симптомов менингита и неврита. Кроме головной боли и головокружения, изредка возникают тошнота и рвота. Симптомы Кернига, Брудзинского, патологические рефлексы отсутствуют. У больных отмечается лёгкий птоз, асимметрия лица, сглаженность носогубной складки, отклонение языка, опущение мягкого нёба. В ликворе патология умеренно выражена: белок до 0,6–0,7 ‰, цитоз 20–40 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, реакции Нонне-Апельта и Панди положительные или резко положительные; реакция Ланге имеет вид менингитической кривой; реакция Вассермана в ликворе положительная или резко положительная.

**Сифилитическая гидроцефалия** возникает в случаях ограниченного воспалительного поражения мозговых оболочек. Заболевание проявляется нарастающей головной болью, головокружением, тошнотой, неукротимой рвотой, спутанностью сознания. Иногда присоединяются эпилептиформные припадки, нарушение

речи. Характерным симптомом гидроцефалии является улучшение общего состояния больного после люмбальной пункции. В ликворе определяется белково-клеточная диссоциация: много белка (1–2 ‰) при небольшом количестве клеток (10–15 в 1 мм<sup>3</sup>); реакции Нонне-Апельта и Панди положительные; реакция Вассермана в ликворе положительная.

**Ранний менинговаскулярный сифилис** характеризуется умеренным вовлечением в процесс мозговых оболочек. Клиническая картина при этом разнообразна: головная боль, поражение черепных нервов, нарушение чувствительности, гемипарезы, альтернирующие параличи, эпилептиформные припадки, нарушение памяти, афазия.

**Сифилитический менингомиелит** (воспаление мягких мозговых оболочек и специфический эндартериит спинного мозга) возникает у нелечившихся или недостаточно лечившихся больных ранним сифилисом. Заболевание возникает «внезапно», имеет довольно острое течение и приводит к параплегии нижних конечностей с глубоким нарушением трофики, снижением или потерей различных видов чувствительности, нарушением сфинктеров. Диагноз помогают установить положительные серологические реакции крови (РВ, РИТ, РИФ) и патология ликвора (РВ в нём всегда положительная).

Формы позднего нейросифилиса: поздний скрытый сифилитический менингит; поздний диффузный менинговаскулярный сифилис; сифилис сосудов мозга (васкулярный сифилис); сухотка спинного мозга, спинная сухотка, табес; прогрессивный паралич; гумма мозга.

**Поздний скрытый (латентный) сифилитический менингит** возникает и диагностируется через много лет после инфицирования сифилисом. Больные не предъявляют жалоб или иногда отмечают нерезкую головную боль, шум в ушах, снижение слуха и головокружение. Диагностика базируется на патологических изменениях в ликворе, где воспалительный компонент выражен незначительно. Реакция Вассермана и реакция Ланге, как правило, патологические.

**Поздний диффузный менинговаскулярный сифилис** характеризуется умеренным вовлечением в процесс мозговых оболочек. Больные жалуются на несильную головную боль, реже — на головокружение. Симптомы болезни часто напоминают гипертонический криз. Могут возникнуть нарушения чувствительности, парестезии, гемипарезы, эпилептиформные припадки, альтернирующие параличи, расстройства речи и памяти. Серологические реакции крови положительны у 50 % больных. Возможны патологические изменения ликвора — невысокое содержание белка (до 0,6–0,7 ‰), незначительный цитоз (до 20–30 лимфоцитов в 1 мм<sup>3</sup>), слабоположительные глобулиновые реакции, реакция Вассермана отрицательная. Нелеченный менинговаскулярный сифилис может трансформироваться в спинную сухотку.

**Сифилис сосудов мозга (васкулярный сифилис)** характеризуется вовлечением в процесс только сосудов мозга. Ликвор не изменяется в связи с отсутствием явлений менингита и поражения серого вещества мозга. Стандартные серологические реакции крови в 60–70 % случаев отрицательны, что затрудняет диагностику. При диагностике следует учитывать относительную доброкачественность в начальном периоде заболевания, периодичность течения, «разбросанность» симптомов, положительные классические серологические реакции крови у 30–40 % больных и, как правило, положительные РИТ и РИФ. Имеются неврологические расстройства (моно-, пара-, геми- и диплегии, гемипарезы, параличи, афазии, нарушения чувствительности, патологические рефлексы). Могут возникнуть различные расстройства психической сферы, эпилептические припадки по типу джексоновской эпилепсии или общих судорог.

**Сухотка спинного мозга, спинная сухотка, табес.** При спинной сухотке поражение локализуется в задних корешках, задних столбах и оболочках спинного мозга.

Клинические симптомы сухотки спинного мозга:

- боли стреляющие, кинжальные, сверлящие и рвущие;
- парестезии — чувство опоясывания, сжатия, сдавления на определенных уровнях туловища; чувство онемения, «ползания мурашек», покалывание в ногах;

- расстройство мочеиспускания, дефекации и появление импотенции;
- парезы черепных нервов, и как результат — птоз, косоглазие, девиация языка, асимметрия лица;
- зрачковые расстройства — анизокория (изменение формы и величины зрачков), миоз (сужение зрачков), мидриаз (расширение зрачков), патогномичный симптом Аргайлла — Робертсона (отсутствие реакции зрачков на свет или очень вялая реакция);
- костно-воздушная диссоциация (костная проводимость снижается, воздушная проводимость не изменяется);
- расстройство координации (атаксия) — появление характерной атаксической походки: больной сначала становится на пятки, затем на всю стопу;
- пошатывание в позе Ромберга; нарушения при пальценосовой и пяточно-коленной пробах;
- расстройства глубокого мышечно-суставного чувства;
- отсутствие коленных и ахилловых рефлексов;
- нарушение трофики, холодовая гиперестезия в области спины, болевая гипестезия в области груди.

Стандартные серологические реакции у 25–50 % больных спинной сухоткой отрицательные. РИТ положительна более чем в 95 % случаев. У 50 % больных спинной сухоткой спинномозговая жидкость находится в пределах нормы. При патологических изменениях в ней отмечают незначительное увеличение количества белка (до 0,45–0,55 ‰), повышение числа лимфоцитов (20–30 в 1 мм<sup>3</sup>), положительные глобулиновые реакции (+++ или ++++) и реакция Вассермана; реакция Ланге имеет характер паралитической кривой.

**Прогрессивный паралич** проявляется через 20–40 лет после заражения у недостаточно или вообще нелечившихся по поводу сифилиса. В основе развития прогрессивного паралича лежит поражение вещества большого мозга, чаще в области коры передней доли, возникающее в связи с воспалительными изменениями капилляров мозга. В острый период заболевания отмечают полный распад личности, деградация, прогрессирующее слабоумие, различные формы бреда, галлюцинации, кахексия.

В фазе законченного развития процесса различают **4 формы прогрессивного паралича**: дементная; экспансивная; ажитированная; депрессивная.

- При **дементной форме** больной теряет интерес к окружающему, быстро наступают апатия, отупение и прогрессирующее слабоумие.

- **Экспансивная форма** характеризуется эйфорией, бредом величия (мегаломания), психомоторной активностью с постепенным распадом психики.

- У больных **ажитированной формой** преобладает возбуждение и склонность к разрушительным поступкам.

- Для **депрессивной формы** характерны подавленность, тревога, ипохондрический бред.

**При наличии у больного симптомов прогрессивного паралича и спинной сухотки ставится диагноз табопаралича.**

Клиническая картина прогрессивного паралича складывается из нарушений психической сферы, различных неврологических симптомов и данных лабораторного обследования.

Ранние психические симптомы:

- изменение личности — вспыльчивость, прожорливость, эйфория или вялость, плаксивость, необоснованное благодушие;

- нарушение памяти: её снижение на ближайшие события при сохранении на отдельные;

- нарушение счета (связано с нарушением психики, страдает логика счета);

- нарушение письма (больной пропускает буквы, слоги, слова);

- нарушение речи — быстрая скороговорка или, наоборот, замедленная речь; дизартрия — «спотыкание» на слогах.

**Неврологические симптомы:** зрачковые расстройства, симптом Аргайлла Робертсона (в 12–20 % случаев), нарушения чувствительности и двигательной сферы, эпилептиформные припадки, анизорефлексия (разница в рефлексах на обеих половинах тела).

Заблевание подтверждается положительными серологическими реакциями (в 95–97 % случаев), положительными РИТ

и РИФ (в 90–94 % случаев) и изменением спинномозговой жидкости (в 100 % случаев) — реакция Ланге даёт характерную паралитическую кривую.

**Гумма головного или спинного мозга** встречается редко. Обычно она локализуется на выпуклой поверхности или в области основания полушарий большого мозга. Неврологическая картина характеризуется очаговой симптоматикой в сочетании с головной болью и повышением внутричерепного давления. При гумме спинного мозга могут развиваться симптомы полного его поперечного поражения. В спинномозговой жидкости отмечаются белково-клеточная диссоциация (повышенное содержание белка при низком уровне лимфоцитов), положительные реакции Вассермана, РИТ и РИФ. Кроме того, РИТ и РИФ положительны в сыворотке крови.

Профилактикой поздних форм нейросифилиса является полноценное лечение ранних форм сифилиса, а также исследование спинномозговой жидкости при снятии больных с учета. Спинномозговую жидкость необходимо исследовать у всех больных с клинически выраженными симптомами нейросифилиса с целью диагностики и для определения качества лечения.

## ВИСЦЕРОСИФИЛИС

Этим термином обозначают сифилис, при котором наблюдается поражение внутренних органов. Наиболее часто сифилитические поражения развиваются во внутренних органах с наибольшей функциональной нагрузкой (сердце, лёгкие, печень, желудок).

Различают ранние и поздние формы висцерального сифилиса.

**Ранние формы висцерального сифилиса** наблюдаются в раннем периоде заболевания, и при этом нарушается только функция поражённых органов. У некоторых больных могут наблюдаться воспалительные и дегенеративные поражения внутренних органов.

**Поздние формы висцерального сифилиса** наблюдаются в позднем периоде заболевания. Изменения во внутренних органах сопровождаются очаговыми деструктивными поражениями, обнаруживается специфическое гранулематозное воспаление.

Для **раннего висцерального сифилиса** характерны поражения следующих органов и систем:

**Поражения миокарда** сопровождаются токсико-инфекционной дистрофией. Отмечаются функциональные расстройства со стороны сердца (сердцебиение, приглушение тонов).

**Изменения показателей функции печени** характеризуются нарушением протромбине- и протеинообразования, реже — пигментной функции. Могут возникать безжелтушные формы гепатита с одновременным увеличением уплотнённой печени и селезенки.

**Поражения желудка** регистрируются в виде сифилитического гастрита и специфической язвы желудка. Иногда сифилитические поражения имитируют злокачественную опухоль желудка.

**Сифилитический гломерулонефрит** протекает доброкачественно, не сопровождается отёками и повышением артериального давления. Нарушение фильтрующей способности почек может проявляться альбуминурией, гематурией.

Диагноз раннего висцерального сифилиса предполагается у больных с острым процессом в том или ином органе, развитие

которого совпадает по времени с активными проявлениями первичного и вторичного сифилиса.

В настоящее время частота сифилитических поражений при позднем висцеральном сифилисе выглядит следующим образом:

90–94 % случаев — кардиоваскулярный сифилис;

6–4 % случаев — различные поздние поражения печени;

1–2 % — все остальные поздние висцеральные сифилитические поражения (лёгкие, почки, селезенка, желудок).

Поражения сердечно-сосудистой системы (кардиоваскулярный сифилис): сифилитический аортит неосложнённый; сифилитический аортит, осложнённый стенозом устьев венечных артерий и недостаточностью клапанов аорты; сифилитическая аневризма аорты — осложнение сифилитического аортита; сифилитический миокардит.

**Сифилитический неосложнённый аортит** длительное время протекает без субъективных ощущений. Одним из ранних симптомов является постоянная загрудинная боль, давящего или жгучего характера, неинтенсивная, появляется в ночное время. Характерны расширение восходящего отдела аорты, мягкий, нерезко выраженный систолический шум и акцент II тона у её устья. В диагностике аортита имеет значение рентгенологически определяемое ограниченное расширение восходящего отдела аорты, а также обнаружение на рентгенограмме линейного обызвествления по контуру восходящего отдела аорты.

**При сифилитическом аортите** в большинстве случаев поражению подвергаются устья обеих венечных артерий. Особенность данного процесса — медленное развитие, варьирующее от небольшого сужения до полной облитерации одного или двух устьев. В результате сужения устьев венечных артерий снижается коронарный кровоток, что влечёт за собой нарушение кровоснабжения миокарда. В клинической картине преобладают симптомы прогрессирующей сердечной недостаточности, что связано с развитием дистрофических и склеротических изменений в сердечной мышце вследствие прогрессирующего сужения венечных сосудов.

**При сифилитической недостаточности аортальных клапанов** порок является относительным, возникающим вследствие



расширения поражённой аорты. Недостаточность аортальных клапанов на ранних этапах протекает бессимптомно. Наиболее характерный признак этого порока — боль в области сердца типа аорталгии и истинной стенокардии. На аорте одновременно с диастолическим шумом выслушиваются систолический шум и звонкий II тон с металлическим оттенком. Важную роль в диагностике недостаточности аортальных клапанов играет рентгенологическое исследование (расширение восходящей части аорты, увеличение левого желудочка с выраженной его пульсацией, наличие обызвествления в поражённом отделе аорты).

Клиническая симптоматика **сифилитической аневризмы аорты** зависит от локализации и её размеров, направления роста, сдавления окружающих органов, наличия сопутствующего поражения устьев венечных артерий и недостаточности митральных клапанов.

Основные признаки сифилитической аневризмы аорты:

- пульсирующие участки грудной клетки в области рукоятки грудины и вправо от неё;
- перкуторное увеличение контуров аорты в одну или обе стороны от рукоятки грудины;
- разница в пульсе — меньшее наполнение и запаздывание пульсовой волны на стороне аневризмы;
- своеобразный дующий систолический шум в зоне сосудистого притупления (выслушивается иногда самим больным в ночное время);
- симптомы сдавления аневризмой соседних органов и тканей: верхней полой вены, трахеи, бронхов, пищевода, нервных стволов;
- симптомы прорыва аневризмы в соседние органы (в трахею, бронхи, лёгкие, плевральную полость, пищевод, средостение, полость перикарда);
- рентгенологически — расширение и отчётливая пульсация сосудистой тени, резко очерченные и ровные её края, неотделимость выбухающей тени от аорты при просвечивании в различных направлениях.

**Сифилис печени.** Выделяют 4 формы позднего сифилитического гепатита: хронический эпителиальный, хронический интерстициальный, ограниченный гуммозный и милиарный гуммозный. Для всех форм характерно длительное течение процесса с постепенным развитием склерогуммозных изменений, приводящих к циррозу и деформации печени. Диагноз устанавливают на основании анамнеза, специфических поражений других внутренних органов, положительных серологических реакций крови, результатов противосифилитического лечения.

**Сифилис желудка** протекает по типу хронического гастрита, изолированной гуммы (которая приводит к язве желудка). Сифилитический гуммозный инфильтрат в привратнике желудка вызывает его стеноз. В результате склеротических изменений желудок деформируется.

**Сифилис лёгких** протекает в виде изолированных гумм или хронической межклеточной сифилитической пневмонии. Процесс локализуется в нижней и средней долях правого лёгкого. Нередко диагностика проводится только на основании результатов пробного лечения.

**Сифилис почек** проявляется нефротическим вариантом хронического гломерулонефрита с выраженными отёками, высоким содержанием белка в моче; появлением гиалиновых, зернистых, восковидных цилиндров; гипопроотеинемией; гиперхолестеринемией. У некоторых больных развивается амилоидоз, наблюдаются изолированные или диффузные гуммозные поражения.

Основополагающим при диагностике висцерального сифилиса является заключение, основанное на комплексном обследовании внутренних органов и нервной системы. Положительные серологические реакции в крови и указание в анамнезе на заболевание сифилисом подтверждают клинический диагноз.

## СКРЫТЫЙ СИФИЛИС

Иногда приходится иметь дело с больными, у которых наличие сифилиса устанавливается только на основании положительных серологических реакций при отсутствии каких-либо клинических проявлений на коже, слизистых оболочках, со стороны внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата. В этих случаях больным ставят диагноз скрытый сифилис. В последние годы число больных скрытым сифилисом увеличивается во многих странах мира, что, по данным ряда авторов, связано с широким приемом населением антибиотиков по поводу различных заболеваний и более тщательным серологическим обследованием больного и здорового контингентов.

Согласно международной классификации скрытый сифилис делят на скрытый ранний, скрытый поздний и скрытый неуточненный сифилис.

Продолжительность раннего скрытого сифилиса не превышает двух лет от начала заболевания. У этих больных в любой момент могут появиться активные заразные эпидемически опасные проявления сифилиса, поэтому они считаются опасными, тогда как больные поздним скрытым сифилисом в эпидемическом отношении практически не опасны. Они болеют многие годы, а иногда и десятилетия. Диагноз скрытого неуточненного (неведомого) сифилиса ставится в тех случаях, когда ни врач, ни больной не знают и не могут определить, когда произошло заражение.

У некоторых лиц иногда могут быть ложноположительные, несифилитические, серологические реакции. Причин для появления ложноположительных серологических реакций очень много. Это алкоголизм, наркомания, различные острые и хронические заболевания, глистные инвазии, тяжелые травмы, беременность в последние дни, и в первые дни после родов и другие. Поэтому диагноз скрытого сифилиса устанавливают на основании тщательного клинического и серологического обследования.

В диагностике ранней формы скрытого сифилиса могут помочь следующие данные:

- тщательно собранный анамнез;

- результаты конфронтации;
- обнаружение рубца на месте первичной сифиломы;
- высокий титр реакинов – 1:120; 1:160; 1:320 — при резкоположительных результатах реакции микропреципитации (РМП);
- реакция Яриша — Герсгеймера — Лукашевича;
- быстрое снижение титра реакинов и быстрая негативация серологических реакций в процессе лечения (к концу первого, середине второго курса);
- РИФ у этих больных дает резкоположительный результат, а РИБТ у ряда больных может быть отрицательной;
- возраст больных в основном до 40 лет;
- ликвор у этих больных может быть нормальным.

Установление диагноза позднего скрытого сифилиса считается наиболее сложным и очень ответственным и не должно проводиться без РИФ и РИБТ.

Постановке диагноза позднего скрытого сифилиса могут помочь следующие данные:

- данные анамнеза;
- низкий титр реакинов — 1:5; 1:10; 1:20 — при положительных или резкоположительных РМП;
- РИФ и РИБТ дают резко положительный результат;
- поздняя негативация серологических реакций в процессе лечения;
- отсутствие реакции на лечение (Яриша — Герксгеймера — Лукашевича);
- патология в ликворе;
- подозреваемые на поздний скрытый сифилис должны обследоваться у невропатолога, терапевта, окулиста, отоларинголога и рентгенолога, и в случае обнаружения какой-нибудь патологии, диагноз изменяют соответственно на нейро- или висцеросифилис;
- у половых партнеров находят также поздний скрытый сифилис или, что бывает чаще, у них отсутствуют какие-либо проявления сифилитической инфекции.

**Скрытый (неуточненный) сифилис** диагностируют в тех случаях, когда ни врач, ни больной не знают, когда и при каких обстоятельствах произошло заражение. Такой диагноз в настоящее время составляет 3–5 % от общего числа больных скрытым сифилисом.

## ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС

Под врожденным сифилисом понимают сифилитическую инфекцию, имеющуюся у ребенка до рождения.

Если женщина, заболев сифилисом, плохо лечилась или совсем не лечилась, то во время беременности она может заразить своего ребенка, который находится еще в утробе. При этом инфекция передается от матери плоду через кровь, через плаценту. **В результате заражения плода могут быть поздний выкидыш, преждевременные роды, мертворождение, или рождается живой ребенок, но с признаками сифилиса.**

У новорожденных, страдающих врожденным сифилисом, обращает на себя внимание морщинистая, дряблая кожа, **старческий вид**, отсутствие подкожной жировой клетчатки, крайнее истощение. На коже могут быть пузыри, узелки, сплошная инфильтрация, выпадение волос, сифилитический насморк различной тяжести, поражение костей, приводящее к переломам, поражение внутренних органов (печени, легких, селезенки, яичек и др.) и нервной системы (припадки, водянка мозга и др.).

Иногда ребенок рождается внешне здоровым, и первые признаки врожденного сифилиса у него обнаруживаются в первые 2 года жизни — это ранний врожденный сифилис, или в период с 2 до 17 лет и в более старшем возрасте — это поздний врожденный сифилис.

### Ранний врожденный сифилис

Проявления врожденного сифилиса в грудном возрасте отличаются большим своеобразием.

- Одним из наиболее ранних патологических изменений кожи является **сифилитическая пузырчатка**. По данным различных авторов этот сифилид встречается у 2–3 % новорожденных, больных сифилисом. Содержимое пузырей вначале серозное, затем мутное и кровянистое. Локализуются они, в основном на ладонях и подошвах, очень редко на других участках кожного покрова. Пузыри напряженные, на инфильтрированном основании, без склонности к слиянию и субъективных расстройств. После раз-

рушения покрывки образуются эрозии. В отличие от эпидемической пузырьчатки новорожденных пузыри появляются на 3–5-й день после рождения. Пиококковые пузыри локализуются на туловище и очень редко на ладонях и подошвах, не симметричны.

- Одним из наиболее частых признаков врожденного сифилиса грудного возраста является **диффузная папулезная инфильтрация Гохзингера**. Эти изменения возникают у 60–65 % детей, больных врожденным сифилисом и чаще всего на 8–10-й неделе жизни ребенка. Вначале образуются отдельные пятна или диффузная эритема. Затем кожа в этих местах уплотняется и утолщается. Нередко образуется сплошной инфильтрат, покрытый пластинчатыми чешуйками.

Диффузная папулезная инфильтрация чаще наблюдается в области ладоней, подошв, ягодиц, вокруг рта, на подбородке, в области надбровных дуг и кожи лба.

В местах диффузной папулезной инфильтрации, особенно вокруг рта, нередко возникают глубокие трещины, на месте которых остаются **радиарные рубцы (Робинсона-Фурнье)**. По ним можно через много лет ретроспективно диагностировать (подозревать) врожденный сифилис.

- Относительно частым проявлением сифилиса грудного возраста бывает **папулезная сыпь**, которая обычно возникает через 4–8 недель после рождения и нередко сочетается с типичными признаками диффузной инфильтрации. Папулезная сыпь локализуется преимущественно на лице, конечностях, ягодицах и в области половых органов. Сифилитические папулы напоминают лентикулярные папулы вторичного периода приобретенного сифилиса, однако в отличие от последних они имеют склонность к слиянию. В складках папулы становятся мокнущими, вегетирующими, похожими на широкие кондиломы. Крайне редко у грудных детей наблюдаются розеолезные высыпания.

- У некоторых детей (по данным М.М. Райц, от 30 до 50 %) наблюдаются сифилитические онихии и паронихии. В области ногтевых валиков на почве диффузной инфильтрации возникает

краснота, отек, эрозии, трещины. Ногтевые пластинки отпадают. После специфического лечения отрастают нормальные ногти.

- Иногда наблюдается круговидное облысение (алопеция ареоларис) или диффузное выпадение волос на голове. Выпадение бровей и ресниц.

- Из заболеваний слизистых оболочек чаще всего встречается, так называемый, **сифилитический насморк**, который возникает иногда сразу после рождения, чаще в первые 4 недели жизни. Выделяют 3 стадии сифилитического насморка:

- *Эритематозная или сухая стадия*, при которой имеется незначительный отек и уплотнение слизистой оболочки, что существенно не отражается на состоянии ребенка.

- *Секреторная (катаральная) стадия*. Из носа выделяется слизистый, а в дальнейшем гнойный или кровянистый секрет. Носовое дыхание затрудняется, делается шумным, свистящим, невозможным, что отрицательно сказывается на кормлении детей грудью, ведет к их истощению.

- *Язвенная стадия* — обильные гнойные кровянистые выделения, покраснение и опухание носа, трещины, изъязвления, припухлости вокруг носовых отверстий. Иногда эти изменения приводят к некрозу носовой перегородки, разрушению костей и хрящей носа. Возникает деформация носа, так называемый, седловидный нос, козлиный, лорнетовидный нос. При распространении процесса на твердое небо может образоваться круглая перфорация.

- **Сифилис костной системы** является одним из основных признаков врожденного сифилиса. М.М. Райц наблюдала заболевание костной системы у 85 % детей грудного возраста, страдающих врожденным сифилисом. Такое частое поражение костной системы обусловлено тем, что уже на 5-м месяце внутриутробного развития между эпифизом и диафизом, в зоне пролиферации хряща длинных трубчатых костей отмечается усиленный приток крови, гиперемия, создаются благоприятные условия для размножения бледных трепонем. Уже во внутриутробном периоде и в первые дни после рождения наблюдаются явления **остеохондрита**. Остеохондрит — не воспаление, а только нарушение обра-



зования кальция и торможение развития остеобластов. Некоторые авторы предлагают называть этот процесс остеохондрозом. Остеохондриты обнаруживаются преимущественно в первые 3 месяца жизни (у 85 %), а после 4-го месяца жизни — только у 5 % больных. После первого года жизни они встречаются исключительно редко. У некоторых детей они являются единственным признаком врожденного сифилиса. Хотя явления остеохондрита иногда отмечаются в области ребер, лопаток, тазовых костей и костей черепа, для установления диагноза достаточно сделать две рентгенограммы (одну обеих предплечий с дистальным концом плечевой кости, другую обеих голеней с дистальным концом бедренной кости).

Различают 3 стадии остеохондрита:

- Для *первой стадии* характерно неравномерное расширение зоны предварительного обызвествления до 2–2,5 мм, обнаруживаемого в виде светлой или беловато-желтой слегка зазубренной полоски, вместо четкой полоски 0,5 мм в норме. Следует иметь в виду, что такая картина может быть при гипервитаминозе А, гиповитаминозах, гипотрофии и др.

- Во *второй стадии* остеохондрита имеется неправильная расширенная (до 2–4 мм) светлая полоска с зазубренными краями, обращенными в сторону эпифиза.

- В *третьей стадии* зона предварительного обызвествления исчезает, как бы размывается. В метафизе расположена темная полоса деструкции, т.е. разрежения, шириной 2–5 мм. Здесь мало костных перекладин, поэтому даже при небольшой травме эпифиз отделяется от диафиза, т.е. происходит внутриэпифизарный перелом кости и возникает ложное параличеподобное состояние — псевдопаралич Парро. В этом случае конечность находится без движения. В противном случае возникает резкая болезненность. Диагноз подтверждается рентгенологически.

Уже при рождении или в первые месяцы жизни у 45–55 % больных детей выявляются периоститы или **остеопериоститы**, что приводит к образованию на поверхности кости нерезко выраженных ограниченных болезненных припухлостей, а в области плоских костей черепа, **изменение формы черепа** —

«ягодицеобразный» череп, «олимпийский» лоб. Иногда могут возникать сифилитические **фалангиты или дактилиты**, которые весьма характерны для врожденного сифилиса. Пальцы представляются вздутыми в виде бутылочек. Свищи, в отличие от туберкулеза, не образуются.

У детей грудного возраста, больных сифилисом, часто хорошо выражены сифилитические изменения внутренних органов. Отмечается плотность и увеличение печени и селезенки (до 80 %). Встречаются гломерулонефриты, нефриты и нефрозонефриты. Поражение легких в виде так называемой белой пневмонии в последние годы наблюдается редко. Поражение яичек у 35 % мальчиков. Поражение щитовидной и поджелудочных желез. Увеличение лимфатических узлов.

Часто отмечается лейкоцитоз, гипохромная анемия, повышение СОЭ, замедленное свертывание крови.

При врожденном сифилисе грудного возраста отмечаются **различные изменения со стороны ЦНС**. Вследствие повышенного внутричерепного давления у некоторых детей возникают судороги. Бывают эпилептиформные припадки. Водянка головного мозга. В связи с этим меняется форма черепа, он принимает удлиненную форму с выдающимися лобными буграми. Одним из наиболее частых поражений нервной системы являются специфические менингиты, менингоэнцефалиты, гидроцефалия (водянка головного мозга).

При раннем врожденном сифилисе серологические реакции, РИБТ и РИФ оказываются положительными у подавляющего большинства. Однако КСР в первые дни после рождения могут дать отрицательный результат. Поэтому рекомендуется брать кровь на КСР не ранее чем через 10 дней после рождения.

### **Врожденный сифилис раннего детского возраста**

Этот период сифилиса наблюдается у детей в возрасте от 1 до 2 лет и отличается скудностью проявлений. В этом периоде отмечаются **мокнущие эрозированные вегетирующие папулы и широкие кондиломы** в области заднего прохода и половых органов. Реже высыпания типа **папулы, пустулы на волосистой**

**части головы и плотных гуммозных узлов.** Папулы на слизистой гортани и голосовых связок, что приводит к осиплости голоса. **Сифилитический ринит. Периоститы с остеосклерозом** наблюдаются у 60 % больных детей. Иногда обнаруживается поражение печени, селезенки, почек и других внутренних органов, однако все эти изменения выражены значительно слабее, чем при сифилисе грудного возраста. У некоторых детей отмечается умственная отсталость, гидроцефалия, эпилептиформные припадки, менингиты, хориоретиниты, атрофия зрительного нерва.

Установление диагноза врожденного манифестного сифилиса (с клиническими проявлениями) не представляет затруднений.

Трудности возникают при диагностике раннего скрытого сифилиса, который трудно дифференцировать с трансплацентарной передачей антител от матери. Наиболее информативным является тест Ig M – ИФА.

Основные критерии:

- Данные анамнеза: отсутствие лечения или неадекватное лечение матери
- Макро- и микроскопические изменения плаценты
- Более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови ребенка, взятой на 7–8-й день лечения в сравнении с кровью матери
- Патология в ликворе
- Температурная реакция обострения после начала лечения
- Положительный тест Ig M – ИФА с венозной кровью ребенка.

По течению **поздний врожденный сифилис** напоминает приобретенный третичный, так как наблюдаются гуммозные и бугорковые сифилиды, со всеми вышеизложенными последствиями. Однако, кроме симптомов позднего врожденного сифилиса, идентичных третичным сифилидам приобретенного сифилиса, наблюдаются симптомы (достоверные, или безусловные, признаки), встречающиеся только при позднем врожденном сифилисе. Это **Гетчинсоновы зубы**, когда передние верхние резцы имеют форму отвертки и полулунную вырезку на режущей поверхности. **Паренхиматозный кератит** — это, когда развивается помутне-

ние и покраснение роговой оболочки глаз с потерей зрения. **Лабиринтная глухота**, возникающая в результате поражения слухового нерва. Саблевидные голени — искривление большеберцовых костей кпереди. Седловидный нос — западение спинки носа после тяжелой язвенной формы сифилитического насморка. Дистрофии костей и зубов.

Дети, больные врожденным сифилисом, развиваются умственно отсталыми.

Чтобы избежать такого наследственного отягощения, следует каждой женщине во время беременности своевременно обращаться в женские консультации, где проводится обследование и на венерические заболевания. В случае обнаружения сифилиса проводится профилактическое лечение. Кроме этого, чтобы предупредить заражение плода, больные сифилисом женщины должны хорошо лечиться и повторять лечение при каждой беременности.

**Вероятные признаки:** саблевидные голени, сифилитические хориоретиниты и гониты, радиарные рубцы Робинсона-Фурнье, ягодицеобразный череп, деформация носа (седловидный, лорнетовидный, козлиный нос), некоторые дистрофии зубов (почкообразный или кисетообразный зуб) и некоторые формы нейросифилиса.

#### **Стигмы:**

- симптом Авситидийского — утолщение грудинного конца ключицы;
- высокое (готическое или стрельчатое) твердое небо;
- инфантильный мизинец (симптом Дюбуа-Гиссара);
- аксифоидия — отсутствие мечевидного отростка грудины;
- бугорок Корабелли — наличие пятого добавочного бугорка на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти;
- диастема Гаше — широко расставленные верхние резцы;
- гипертрихоз у мальчиков и девочек;
- дистрофии костей черепа — выступают лобные и теменные бугры.

## СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА

1. Микрореакция преципитации с кардиолипидовым антигеном (МР), которая является отборочным тестом при обследовании населения на сифилис. Постановка МР осуществляется с плазмой или инактивированной сывороткой крови. Зарубежные тесты ВДРЛ (VDRL), РПР (RPR) и другие аналогичные МР как по принципу постановки реакции, так и по чувствительности и специфичности.

2. Иммуноферментный анализ (ИФА). Антиген из культуральных или патогенных бледных трепонем.

3. Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА). Антиген из культуральных или патогенных бледных трепонем.

4. Реакция иммунофлюоресценции (РИФ) в следующих модификациях: РИФ-абс, РИФ-ц, РИФ с капиллярной кровью из пальца. Антиген — патогенная бледная трепонема штамма Никольса.

5. Комплекс серологических реакций на сифилис (КСР), состоящий из реакции связывания комплемента (РСК) с трепонемным и кардиолипидовыми антигенами, и МР. Поскольку трепонемный антиген является специфическим, КСР относится к диагностическим тестам. В связи с разработкой более чувствительных, специфичных и менее трудоемких реакций стало возможным заменить при постановке КСР реакцию связывания комплемента на ИФА или РПГА также в сочетании с МР.

6. Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИТ), в которой в качестве антигена используют патогенные бледные трепонемы штамма Никольса.

РИТ, РИФ, ИФА и РПГА являются высокочувствительными и высокоспецифичными реакциями па сифилис. Они относятся к диагностическим подтверждающим тестам. При этом в связи с простотой постановки и наличием коммерческих тест-систем ИФА и РПГА могут быть и высокоэффективными отборочными тестами.

Ввиду различной чувствительности при разных формах сифилиса, специфичности и сложности постановки каждая из указанных реакций имеет свое предназначение.

Профилактическое обследование населения на сифилис можно проводить с помощью МР, ИФА и РПГА. Все организационные вопросы по применению данных реакций с этой целью решаются органами здравоохранения на местах в зависимости от местных условий и возможностей.

При получении положительного результата в МР пациент должен обследоваться дерматовенерологом с повторным исследованием крови в любом диагностическом тесте на сифилис.

При профилактическом обследовании на сифилис больных глазных, психоневрологических, кардиологических стационаров, беременных, в частности, направляемых на искусственное прерывание беременности, должны использоваться КСР, ИФА или РПГА.

При обследовании доноров необходимо применять КСР, или ИФА, или РПГА, но обязательно в сочетании с МР. Постановка двух реакций одновременно обусловлена высокой ответственностью данного исследования.

МР в количественном варианте с экономической точки зрения необходимо использовать в качестве контроля эффективности лечения, заменив ею количественную постановку РСК с кардиолипидовым антигеном.

Вышеуказанные специфические тесты служат для диагностики всех форм сифилиса, в частности, скрытого, а также для распознавания ложноположительных результатов, полученных в МР и КСР. При диагностике скрытого сифилиса целесообразна постановка двух специфических тестов одновременно.

Поскольку ИФА и РПГА являются более высокочувствительными, специфическими и воспроизводимыми тест-системами, которые можно использовать в качестве отборочных и подтверждающих тестов, в настоящее время осуществлена замена комплекса серореакций (КСР) вышеуказанными реакциями при диагностике сифилиса.

Таким образом, последовательность обследования пациентов на сифилис представляется следующим образом:

– при первичном обследовании производится постановка отборочной (скрининговой) реакции микропреципитации (РМП) или ее модификации (RPR — РПР, TRUST — ТРАСТ, VDRL — ВДРЛ) в количественном и качественном вариантах и, в случае положительного результата, — любого специфического подтверждающего трепонемного теста (РПГА, ИФА, КСР, РИФ, РИТ);

– после окончания терапии ставится РМП или ее модификация, и по снижению титра судят о динамике инфекционного процесса и эффективности терапии. Подтверждением эффективности проведенной терапии считается снижение титра в 4 и более раз в течение 1 года;

– по окончании этого срока осуществляется постановка той же специфической реакции, что и при первичном обследовании. Следует учитывать, что специфические трепонемные тесты могут оставаться положительными (не негативировать) в течение ряда лет, а в отдельных случаях остаются положительными на всю жизнь.

Диагностика сифилиса основывается на клинических и лабораторных данных. Диагноз сифилиса ставят только после лабораторного подтверждения, т.е. обнаружения бледных трепонем в отделяемом твердого шанкра, эрозивных папул при первичном и вторичном сифилисе и данных серологического обследования. Серологические реакции являются чрезвычайно ценным методом не только для подтверждения диагноза сифилиса, но и наблюдения за динамикой его течения под влиянием лечения и определения излеченности болезни.

Стандартные компоненты комплекса серологических реакций (КСР) для констатации сифилитической инфекции в настоящее время дополняются трепонемными реакциями: РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем), РИФ (реакция иммунофлюоресценции).

**РИБТ** основана на феномене обездвиживания бледных трепонем антителами типа иммобилизинов, имеющимися в сыворотке крови больных сифилисом. В качестве антигена для РИБТ

используют взвесь бледных трепонем, полученных из тканей сифилитического орхита кролика. Бледные трепонемы после добавления к ним сыворотки крови больного прекращают движение, т.е. происходит их иммобилизация. Результаты реакции оценивают в процентах: положительная РИБТ констатируется при иммобилизации от 51 до 100 % бледных трепонем, слабоположительная — от 31 до 50 %, сомнительная — от 21 до 30 % и отрицательная — от 0 до 20 %. Реакцию ставят в условиях анаэробноза. Иммобилизины появляются в сыворотке крови больных позднее, чем другие антитела, поэтому РИБТ становится положительной позже, чем КСР РИФ. РИБТ является наиболее специфичной из существующих реакций на сифилис. Ее основное назначение — распознавание ложноположительных результатов при постановке КСР. Это особенно важно в отношении больных, у которых сифилис протекает скрыто без наружных проявлений, но с поражением внутренних органов или нервной системы. Особое значение имеет РИБТ при распознавании ложноположительных результатов КСР у беременных. Следует помнить, что неспецифические положительные результаты РИБТ возможны и у больных саркоидозом, красной волчанкой, туберкулезом, циррозом печени и др. Однако при этих заболеваниях РИБТ бывает слабоположительной (от 30 до 50 %) и никогда не достигает 100 %. При лечении антибиотиками результаты РИБТ становятся негативными. Поэтому исследования с помощью РИБТ проводятся только через 7 дней, если вводились водорастворимые антибиотики, и через 25 дней после окончания лечения дюранными антибиотиками.

**РИФ** — более чувствительная реакция, поэтому она бывает положительной уже в первичном серонегативном периоде сифилиса у 80 % больных. По степени специфичности РИФ уступает РИБТ, что не позволяет заменить ею РИБТ, хотя техника ее значительно проще. Реакцию ставят в нескольких модификациях: РИФ-10, РИФ-200 и РИФ-абс. (абсорбированная). РИФ-10 более чувствительна, а РИФ-200 и РИФ-абс. более специфичны. **Принцип реакции** заключается в том, что специфический антиген (бледные трепонемы) соединяют с сывороткой крови больного



(антитела) и антивидовой флюоресцирующей сывороткой (кроличья сыворотка против глобулинов человека, соединенная с флюоресцеином, — веществом, светящимся при ультрафиолетовом свете). При положительной реакции в люминесцентном микроскопе можно видеть желто-зеленое свечение бледных трепонем, поскольку они оказываются окруженными прилепляющимися к ним флюоресцирующими антителами. Степень свечения оценивается плюсами, как и при КСР. Положительная реакция констатируется 4 +, 3 + и 2 +. При степени свечения 1 + и отсутствии свечения реакция считается отрицательной. При вторичном сифилисе РИФ положительна почти в 100 % случаев. Она всегда положительна при латентном сифилисе (99–100 %), а при третичных формах и врожденном сифилисе положительна в 95–100 %.

**Экспресс-метод (микрореакция на стекле).** В этой реакции, так же как и при КСР, используют кардиолипиновый антиген, одну каплю которого смешивают с 2–3 каплями сыворотки крови обследуемого человека в лунках специальной стеклянной пластины. Реакция протекает по механизму преципитации. Общая продолжительность постановки реакции 10–40 мин. Результат оценивают по количеству выпавшего осадка и величине хлопьев; выраженность реакции обозначают плюсами: 4 +, 3 + и т.д., как и КСР. Микрореакция на стекле менее специфична для больных сифилисом, чем РВ, но несколько превосходит ее по чувствительности. Ложноположительные результаты при экспресс-методе получают чаще, чем при РВ. Поэтому этот метод разрешен для применения только как отборочная реакция при массовых обследованиях населения, диспансеризации и обследовании больных в клинико-диагностических лабораториях соматических больниц. Окончательный диагноз сифилиса на основании этого метода устанавливать запрещено. Только экспресс-метод нельзя применять при обследовании доноров, беременных, а также для контроля после лечения больных сифилисом.

Для диагностики сифилиса можно использовать и другие методы: иммуноферментный анализ (ИФА) с реакцией микропреципитации (РПМ) или реакцией пассивной гемагглютинации

(РПГА) с РМП (в том числе зарубежных аналогов РМП — RPR или VDRL).

При проведении клинико-серологического контроля после специфического лечения (для определения эффективности терапии) допускается количественное исследование РМП (изучение титра реакции в динамике).

**Иммуноферментный анализ (ИФА, Elisa).** Принцип реакции заключается в соединении сифилитического антигена, сорбированного на поверхности твердофазного носителя, с антигеном испытуемой сыворотки крови и выявления специфического комплекса антиген-антитело с помощью антивидовой иммунной сыворотки, меченой ферментом. Чувствительность и специфичность ИФА аналогичны РИФ.

**Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА).** Макромодификацию этой реакции именуют ТРНА, микромодификацию — МНА-ТР, автоматизированный вариант — АМНА-ТР. Работники ЦНИКВИ Г.Ф. Тимченко, Н.Н. Басова, В.Н. Беднова разработали отечественный диагностикум для РПГА из патогенных и культуральных бледных трепонем. Установлена высокая чувствительность и специфичность РПГА, особенно при поздних формах сифилиса. Простота постановки, низкая стоимость и высокая чувствительность РПГА дает возможность использовать ее в качестве отборочной реакции на сифилис. РПГА ставят в качественном и количественном вариантах, существуют макро- и микромодификации. РПГА становится положительной через 7–8 недель после образования твердого шанкра.

**IgM-серология.** В последние десятилетия широко изучается динамика образования антител в организме больных сифилисом до, в процессе и после окончания лечения. Это вызвано тем, что у пациентов, полноценно леченных по поводу сифилиса, в течение длительного времени остаются положительные результаты специфических серологических реакций на сифилис, что усложняет решение вопроса об излеченности больных, а также постановку диагноза раннего врожденного сифилиса. Затруднена также дифференциальная диагностика рецидива заболевания и реинфекции. При изучении антителообразования в организме больных сифи-

лисом было установлено, что первыми после заражения вырабатываются специфические IgM, выявляемые уже на второй неделе после заражения и достигающие максимальной концентрации в крови на 6–9 нед. Через 6 мес. после окончания терапии у большинства больных в крови они не определяются. На 4-й нед. после инфицирования организм начинает продуцировать специфические IgG. Этот вид иммуноглобулинов в наибольшем количестве определяется через 1–2 года после заражения. Следует обратить внимание на то, что специфические IgM перестают вырабатываться при исчезновении из организма антигена, а секреция IgG продолжается клонами клеток памяти. Кроме того крупные молекулы IgM не проходят через плаценту от матери к плоду, в связи с чем по их наличию у ребенка судят об его инфицировании бледной трепонемой. Ввиду того, что концентрация в крови специфических IgM закономерно снижается с течением времени, рост титра этих антител может служить вспомогательным признаком наличия рецидива заболевания или реинфекции. В 1977 г. была предложена 19S IgM-ТА-абс, затем 19 IgM-ТРНА. В основе этих тестов лежит разделение с помощью гель-фильтрации испытуемых сывороток крови на 19S IgM и 7S IgG и выявления первых с помощью иммунофлуоресцентного метода и теста гемагглюцинации. В 1980 г. В. Шмидт описал реакцию гемасорбции на твердофазном носителе IgM-SPHA, объединившую элементы постановки ИФА и РГГА, а в 1983 г. Е. Линдешмидт предложил IgM-ТР-АБС-Elisa. А. Люгер (1981) определил, что для установления активности специфического процесса в ЦНС важно определение IgM путем постановки 19S IgM-SPHA.

Особое внимание обращается на сероконверсию при сифилисе у младенцев, матери которых получали противосифилитическое лечение. Диагноз врожденного сифилиса нередко ставится ошибочно у здоровых новорожденных на основании выявления у них IgG-АТ, которые попадают в кровь ребенка через плацентарный барьер от больных сифилисом матерей. Требуется дополнительное тестирование IgM-АТ и использование комбинаций различных тестов для исключения врожденного сифилиса у младенцев, рожденных от леченных от сифилиса матерей, при наличии

у первых положительных серологических реакций, но отсутствии клинических симптомов.

Реакция пассивной гемагглютинации в серодиагностике сифилиса (РПГА) в отличие от РИФ и ИФА отличается методической простотой постановки, быстротой получения результатов и высокой воспроизводимостью. Учитывая эти качества РПГА должна использоваться как скрининг-тест при массовых обследованиях на сифилис. Принцип метода заключается в том, что при взаимодействии сыворотки крови, содержащей специфические антитела, с эритроцитами, сенсibilизированными бледной трепонемой, наблюдается характерная агглютинация. Сенсibilизация эритроцитов может производиться антигенами патогенных и культуральных штаммов бледных трепонем. РПГА является ценным диагностическим тестом на всех стадиях сифилиса, особенно чувствительна при поздних формах сифилиса.

## **Тестовый контроль к теме «Поздний и врожденный сифилис»**

1. Укажите симптомы, характерные для раннего врожденного сифилиса:

1. сифилитический насморк;
2. лентикулярные папулы;
3. сифилитическая пузырьчатка;
4. мозаичные пигментированные рубцы;
5. бугорковые сифилиды.

2. Какие реакции следует проводить для установления диагноза раннего врожденного сифилиса?

- |                    |             |
|--------------------|-------------|
| 1. ИФА Ig M;       | 2. Риф абс; |
| 3. экспресс-метод; | 4. РПГА;    |
| 5. ИФА Ig G.       |             |

3. Последствием чего являются саблевидные голени??

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. остеохондрита;             | 2. диффузной инфильтрации; |
| 3. менингита с гидроцефалией; | 4. псевдопаралича Парро;   |
| 5. перелома кости.            |                            |

4. Укажите дистрофии позднего врожденного сифилиса:
1. симптом Авситидийского;
  2. аксифоидия;
  3. саблевидные голени;
  4. хориоретиниты;
  5. рубцы Робинсона-Фурнье.
5. С чем нужно дифференцировать гуммозный сифилид?
1. скрофулодермой;
  2. карбункулом;
  3. индуративной эритемой Базена;
  4. экземой;
  5. многоформной экссудативной эритемой.
6. Укажите, в каких случаях Вы не будете назначать превентивное лечение пациенту, имевшему половой контакт с больной сифилисом женщиной, если после контакта прошло:
1. от 1 до 2 недель;
  2. более 2 месяцев;
  3. от 4 до 6 месяцев;
  4. менее 1 недели;
  5. от 2 недель до 2 месяцев.
7. Отметьте признаки зубной дистрофии, известной под названием «Зубы Гетчинсона»:
1. диастема Гоше;
  2. дистрофия двух верхних средних резцов;
  3. зубы в форме отвертки;
  4. наличие полулунной выемки на свободном краю;
  5. наличие бугорка Карабелли.
8. Какой клинический вариант специфических висцеропатий занимает первое место при поздних формах сифилиса?
1. кардиоваскулярный сифилис;
  2. сифилитическое поражение печени;
  3. нефрозонефрит;
  4. сифилитический гастрит;
  5. сифилитическая пневмония.
9. Укажите клинические проявления характерные для третичного сифилиса:
1. папулы ладоней и подошв;
  2. обильная розеолезная сыпь туловища;
  3. сгруппированные бугорки;
  4. широкие кондиломы промежностей;
  5. мелкоочаговое облысение.
10. Перечислите препараты резерва, используемые при непереносимости препаратов группы пенициллина?

1. доксициклин;
2. тербинафин;
3. оксациллин;
4. эритромицин;
5. гентамицин.

11. Каковы клинические признаки активного врожденного сифилиса раннего детского возраста?

1. широкие кондиломы;
2. папулезные и пустулезные высыпания;
3. эрозивные папулы;
4. мозаичные рубцы;
5. розеолезные высыпания.

12. Что морфологически представляет сифилитическая гумма:

1. скопление бугорков;
2. скопление папул;
3. узел;
4. пузырь больших размеров с гнойным содержимым.

13. Висцеральные поражения в третичном периоде сифилиса могут быть разнообразными, однако наиболее часто встречается:

1. поражение легких;
2. нефросклероз;
3. энтерит;
4. пиелит;
5. мезаортит

14. Для третичных сифилидов кожи типично все, кроме:

1. медленного роста;
2. не выраженности воспалительных явлений;
3. формирования рубцов;
4. болезненности;
5. плотности.

15. Какое из осложнений может быть при лечении больных препаратами группы пенициллина?

1. эмболия легкого;
2. полиневриты;
3. некроз на месте инъекции;
4. анафилактический шок;
5. нефропатия.

16. Укажите клинические проявления, нехарактерные для третичного сифилиса:

1. гуммы твердого неба;
2. мезаортит;
3. широкие кондиломы;
4. серпигинирующие бугорки туловища;

5. звездчатые рубцы голеней.

17. Укажите основные признаки врождённого сифилиса детей грудного возраста:

1. сифилитический насморк;
2. диастема Гоше;
3. диффузная папулёзная инфильтрация;
4. аксифоидия;
5. остеохондриты.

18. Назовите разновидности бугоркового сифилида:

1. диссеминированный;
2. серпигинирующий;
3. гигантский;
4. сгруппированный;
5. карликовый.

19. Бугорковый сифилид следует дифференцировать с:

1. красным плоским лишаем;
2. псориазом;
3. туберкулезной волчанкой;
4. атопическим дерматитом;
5. розовыми угрями.

20. Перечислите признаки, входящие в триаду Гетчинсона:

1. рубцы Робинсона-Фурнье;
2. лабиринтная глухота;
3. саблевидные голени;
4. паренхиматозный кератит;
5. аксифоидия.

# ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Лечение больных во всех регионах нашей страны проводится по единым схемам, которые постоянно совершенствуются.

## **Основные принципы лечения больных сифилисом**

**Специфическое лечение** назначается больному сифилисом после установления диагноза. Диагноз устанавливается на основании соответствующих клинических проявлений, обнаружения возбудителя заболевания и результатов серологического обследования (МРП (или аналогов — VDRL, RPR), РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ).

**Превентивное лечение** проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными ранними стадиями сифилиса.

**Профилактическое лечение** проводят по показаниям беременным, болеющим или болевшим сифилисом, и детям, рожденным такими женщинами.

**Пробное лечение** может быть назначено при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы, органов чувств, опорно-двигательного аппарата и т.п., когда диагноз не представляется возможным подтвердить убедительными лабораторными данными, а клиническая картина не позволяет исключить наличие сифилитической инфекции.

В случаях полного отсутствия возможности использования методов лабораторной диагностики сифилиса допустимо использование так называемого эпидемиологического (синдромного) лечения на основе клинико-анамнестических данных.

Больным гонореей с невыявленными источниками заражения рекомендуется серологическое обследование на сифилис.

Исследование спинномозговой жидкости с диагностической целью проводится пациентам с клиническими симптомами поражения нервной системы. Оно целесообразно также при скрытых, поздних формах сифилиса и при вторичном сифилисе с проявлениями в виде алопеции и лейкодермы. Ликворологическое обследо-



дование рекомендуется также детям, рожденным от матерей, не получавших лечения по поводу сифилиса.

Консультация невропатолога проводится при наличии соответствующих жалоб больного и выявлении неврологической симптоматики (парестезия, онемение конечностей, слабость в ногах, боли в спине, головные боли, головокружения, судорожный припадок у пациента, не страдавшего ранее эпилепсией, диплопия, прогрессирующее снижение зрения и слуха, асимметрия лица и др.).

При лечении больного сифилисом и проведении превентивного лечения необходимо исследование серологических реакций (МРП) до и по окончании лечения.

До лечения необходимо выяснить вопрос о переносимости препаратов пенициллина в прошлом и зафиксировать это в медицинской документации. В случаях, когда имеются анамнестические указания на непереносимость пенициллина, следует подобрать для пациента альтернативный (резервный) метод лечения.

На случай возникновения шоковой аллергической реакции на пенициллин в процедурном кабинете необходимо иметь противошоковую аптечку.

В качестве основного средства лечения сифилиса используются различные препараты пенициллина. **Пенициллин остается препаратом выбора в терапии сифилиса.**

### **Превентивное лечение сифилиса**

Превентивному лечению подлежат лица, имевшие половой или тесный бытовой контакт с больными ранними стадиями сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев.

#### **Рекомендуемые схемы:**

**Методика № 1** — амбулаторно бензатин бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен, бициллин-1) 2.4 млн. ЕД в/м, на курс 1 инъекция

**Методика № 2** — амбулаторно бициллин-3 1,8 млн. ЕД в/м или бициллин-5 1.5 млн. ЕД в/м 2 раза в неделю, всего 2 инъекции.

**Методика № 3** — амбулаторно или стационарно прокаин-пенициллин 1,2 млн. ЕД в/м ежедневно, всего 7 инъекций, курс лечения 7 дней или новокаиновая соль пенициллина 600 000 ЕД в/м 2 раза в день в течение 7 дней.

**Методика № 4** — стационарно бензилпенициллина натриевая соль 1 млн. ЕД в/м через каждые 6 часов (4 раза в сутки) в течение 7 дней.

### **Альтернативные схемы:**

**Методика № 1** — амбулаторно доксицилин 100 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней.

**Методика № 2** — амбулаторно тетрацилин 500 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней.

**Методика № 3** — стационарно ампициллин или оксациллин 1.0 г в/м 4 раза в сутки в течение 10 дней.

**Методика № 4** — амбулаторно цефтриаксон 250 мг в/м один раз в сутки в течение 5 дней.

**Методика № 5** — амбулаторно эритромицин 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 10 дней.

Лицам, у которых с момента контакта с больным сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 месяца. Если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико-серологическое обследование.

Превентивное лечение реципиента, которому перелита кровь больного сифилисом, проводят по одной из методик, рекомендуемых для лечения первичного сифилиса, если с момента трансфузии прошло не более 3 месяцев. Если этот срок составил от 3 до 6 месяцев, то реципиент подлежит клинико-серологическому контролю дважды с интервалом в 2 месяца. Если после переливания

крови прошло более 6 месяцев, то проводится однократное клинико-серологическое обследование.

**Амбулаторно-поликлиническая помощь** (согласно Приложению к приказу Минздрава России от 25.07.2003 г. № 327)

Модель пациента

нозологическая форма: Сифилис;

стадия: Первичный сифилис;

фаза: Любая;

осложнение: Без осложнений.

Код по МКБ-10: A51.0

Бензатин бензилпенициллин — 2,4 млн. ЕД в/м 1 раз в 7 дней. Всего на курс 2 инъекции (уровень убедительности доказательства А).

Бициллин 1 — 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дн. Всего 3 инъекции (уровень убедительности доказательства В).

Бициллин 3 — 1,8 млн ЕД в/м 2 раза в нед. Всего 5 инъекций (уровень убедительности доказательства В).

Бициллин 5 — 1,5 млн ЕД в/м 2 раза в нед. Всего 5 инъекций (уровень убедительности доказательства В).

Прокаин-бензилпенициллин — 1,2 млн ЕД в/м, ежедневно. Всего 10 инъекций (уровень убедительности доказательства В).

Новокаиновая соль пенициллина — по 600 тыс ЕД в/м 2 раза в день в течение 10 дней (уровень убедительности доказательства В).

Бензилпенициллина натриевая соль (водорастворимый пенициллин) — 1 млн ЕД в/м через каждые 6 час (4 раза в сут.) в течение 10 дн. (уровень убедительности доказательства В).

При указании в анамнезе на аллергические реакции на указанные выше препараты могут использоваться другие, обладающие сходной клинической эффективностью:

Цефтриаксон — 0,5 г ежедневно в/м, всего 10 инъекций (уровень убедительности доказательства А).

Доксициклин — 0,1 г 2 раза в сут. в течение 15 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Тетрациклин — 2,0 г в сут. (по 0,5 г 4 раза в сут.) в течение 15 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Эритромицин — 2,0 г в сут. (по 0,5 г 4 раза в сут.) в течение 15 дн. (уровень убедительности доказательства С).

Азитромицин — 0,5 г в сут. в течение 10 дн. (уровень убедительной доказательности А).

Оксациллин — по 1 млн ЕД 4 раза в сут. в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Ампициллин — по 1 млн ЕД 4 раза в сут. в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательства В).

### **Особенности лечения у беременных**

Лечение проводится в два этапа:

1 этап: специфическое лечение: проводится на любом сроке беременности одним из указанных препаратов прокаин-бензилпенициллин, новокаиновая соль пенициллина, бензилпенициллина натриевая соль (водорастворимый пенициллин), при непереносимости препаратов пенициллина — ампициллин, цефтриаксон в рекомендованных выше дозах.

2 этап: профилактическое лечение проводится, начиная с 20-й недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении — непосредственно вслед за ним одним из препаратов: прокаин-пенициллин, новокаиновая соль пенициллина, натриевая соль бензилпенициллина в суточных и разовых дозах, указанных выше, с длительностью терапии 10 дней; в качестве альтернативных препаратов используют ампициллин, цефтриаксон в рекомендованных выше дозах.

### **Особенности лечения у детей**

Лечение проводится по схемам лечения взрослых, исходя из возрастных дозировок антибиотиков. Расчет препаратов пенициллина проводится в соответствии с массой тела ребенка: в возрасте до 6 мес. пенициллина применяют из расчета 100 тыс ЕД/кг, после 6 мес. - 50 тыс ЕД/кг. Суточную дозу новокаиновой соли (прокаин-пенициллина) и разовую дозу дюранных препаратов — из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела.

Модель пациента  
нозологическая форма: Сифилис;  
стадия: Вторичный сифилис;  
фаза: Любая;  
осложнение: Без осложнений  
Код по МКБ-10: А51.3

Бензатин бензилпенициллин — 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 7 дн. Всего на курс 3 инъекции (уровень убедительности доказательств А).

Бициллин 1 — 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дн.; всего 6 инъекций (уровень убедительности доказательств В).

Бициллин 3 — 1,8 млн ЕД в/м 2 раза в нед.; всего 10 инъекций (уровень убедительности доказательств В).

Бициллин 5 — 1,5 млн ЕД в/м 2 раза в нед.; всего 10 инъекций (уровень убедительности доказательств В).

Прокаин-бензилпенициллин — 1,2 млн ЕД в/м, ежедневно; всего 20 инъекций (уровень убедительности доказательств В).

Новокаиновая соль пенициллина — по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в день, в течение 20 дн. (уровень убедительности доказательств В).

Бензилпенициллина натриевая соль (водорастворимый пенициллин) — 1 млн ЕД в/м через каждые 6 час (4 раза в сут.) в течение 20 дн. (уровень убедительности доказательств В).

При наличии указаний в анамнезе на аллергические реакции на указанные выше препараты может использоваться ниже приведенные препараты, обладающие сходной клинической эффективностью:

Цефтриаксон — 0,5 г ежедневно в/м, всего 10 инъекций (уровень убедительности доказательств А).

Доксициклин — 0,1 г 2 раза в сут. в течение 30 дн. (уровень убедительности доказательств В).

Тетрациклин — 2,0 г в сут. (по 0,5 г 4 раза в сут.) в течение 30 дн. (уровень убедительности доказательств В).

Азитромицин — 0,5 г в сут. в течение 10 дн. (уровень убедительности доказательств А).

Оксациллин — по 1 млн ЕД 4 раза в сут. в течение 28 дн. (уровень убедительности доказательств В).

Ампициллин — по 1 млн ЕД 4 раза в сут. в течение 28 дн. (уровень убедительности доказательств В) (рекомендована для стационарного применения).

Эритромицин — 2,0 г в сут. (по 0,5 г 4 раза в сутки) в течение 30 дн. (уровень убедительности доказательств С).

### **Особенности лечения у беременных**

Проводится в два этапа.

1 этап: специфическое лечение: на любом сроке беременности проводится одним из препаратов по указанным выше алгоритмам прокаин-бензилпенициллином, новокаиновой солью пенициллина, натриевой солью бензилпенициллина (водорастворимый пенициллин); при непереносимости препаратов пенициллина — цефтриаксон.

2 этап: профилактическое лечение проводится, начиная с 20-й нед. беременности, но при поздно начатом специфическом лечении — непосредственно вслед за ним прокаин-пенициллином, новокаиновой солью пенициллина, натриевой солью бензилпенициллина в суточных и разовых дозах, указанных выше, с длительностью терапии 10 дн. В качестве альтернативных препаратов — цефтриаксон.

### **Особенности лечения у детей**

Лечение проводится по схеме лечения взрослых, исходя из возрастных дозировок антибиотиков. Расчет препаратов пенициллина проводится в соответствии с массой тела ребенка: в возрасте до 6 мес пенициллин применяют из расчета 100 тыс. ЕД/кг, после 6 мес. — 50 тыс. ЕД/кг. Суточную дозу новокаиновой соли (прокаин-пенициллина) и разовую дозу дюрантных препаратов — из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела.

Модель пациента  
нозологическая форма: Сифилис;  
стадия: Третичный сифилис;  
фаза: Любая;  
осложнение: Без осложнений.

Код по МКБ-10: A51.3

Водорастворимый пенициллин — по 1 млн ЕД 4 раза в сут. в/м в течение 28 дн.; через 2 нед. — повторный курс лечения в аналогичных дозах, либо одним из дюрантных препаратов; длительность повторного курса — 14 дн. (уровень убедительности доказательств С).

Новокаиновая соль пенициллина — по 600 тыс. ЕД 2 раза в сут. в/м в течение 28 дн.; через 2 нед. — повторный курс лечения в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательств С).

Прокаин-пенициллин — 1,2 млн ЕД, 1 раз в сут. в/м в течение 20 дн.; через 2 нед. — повторный курс в течение 10 дн. (уровень убедительности доказательств С).

При наличии указаний в анамнезе на аллергические реакции на указанные выше препараты могут использоваться другие, обладающие сходной клинической эффективностью:

Цефтриаксон — 2.0, 1 раз в сут. в/м в течение 14 дн.; через 2 нед. — повторный курс в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательств С).

Модель пациента  
нозологическая форма: Сифилис;  
стадия: Врожденный сифилис манифестный;  
фаза: Ранний;  
осложнение: Без осложнений

Код по МКБ-10: A50.0

Натриевая соль бензилпенициллина — 100 тыс. ЕД/кг массы тела в сут., разделенной на 6 инъекций каждые 4 часа, длительность терапии — 14 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Прокаин-бензилпенициллин — в суточной дозе 50 тыс. ЕД/кг, в/м, ежедневно; всего 14 инъекций (уровень убедительности доказательства В).

Новокаиновая соль пенициллина — в суточной дозе 50 тыс. ЕД/кг, разделенной на 2 инъекции с интервалом 12 часов, в/м, в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Экстенциллин или ретарпен — у доношенных детей, при отсутствии выраженной гипотрофии (при массе тела не менее 2 кг) — 50 тыс. ЕД/кг массы тела, 1 раз в нед., на курс 3 инъекции, каждая доза делится пополам и вводится в 2 ягодичы (уровень убедительности доказательства А).

При указании в анамнезе на аллергические реакции на указанные выше препараты могут использоваться другие, обладающие сходной клинической эффективностью:

Оксациллин в суточной дозе 100 тыс. ЕД/кг массы тела, разделенной на 4 в/м инъекции в сут., в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Ампициллин в суточной дозе 100 тыс. ЕД/кг массы тела, разделенной на 4 в/м инъекции в сут., в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Цефтриаксон — в суточной дозе 80–50 мг кг массы тела, в/м, 1 раз в сут., в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательства А).

### **Особенности лечения без обследования ликвора**

Лечение может быть проведено натриевой, новокаиновой солью пенициллина или прокаин-пенициллином по вышеуказанным алгоритмам. Не рекомендуется применение дюрантных препаратов пенициллина.



Модель пациента  
нозологическая форма: Сифилис  
стадия: Врожденный скрытый;  
фаза: ранний;  
осложнение: без осложнений  
Код по МКБ-10: A50.1

Лечение врожденного сифилиса проводят сразу после постановки диагноза одним из антимикробных препаратов, активных в отношении *Treponema pallidum*. Лечение может быть начато до установления диагноза как профилактическое и после установления диагноза продолжено как специфическое.

Натриевая соль бензилпенициллина — 100 тыс. ЕД/кг массы тела в сут., разделенной на 6 инъекций каждые 4 часа, длительность терапии — 14 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Прокаин-бензилпенициллин — в суточной дозе 50 тыс. ЕД/кг, в/м, ежедневно. Всего 14 инъекций (уровень убедительности доказательства В).

Новокаиновая соль пенициллина — в суточной дозе 50 тыс. ЕД/кг, разделенной на 2 инъекции с интервалом 12 час, в/м, в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Экстенциллин или ретарпен — у доношенных детей, при отсутствии выраженной гипотрофии (при массе тела не менее 2 кг) — 50 тыс. ЕД/кг массы тела, 1 раз в нед., на курс 3 инъекции; каждая доза делится пополам и вводится в 2 ягодицы (уровень убедительности доказательства А).

При наличии указаний в анамнезе на аллергические реакции на указанные выше препараты могут использоваться другие, обладающие сходной клинической эффективностью (уровень убедительности доказательства В).

Оксациллин — в суточной дозе 100 тыс. ЕД/кг массы тела, разделенной на 4 в/м инъекции в сут., в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Ампициллин в суточной дозе 100 тыс. ЕД/кг массы тела, разделенной на 4 в/м инъекции в сут., в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательства В).

Цефтриаксон — в суточной дозе 80–50 мг/кг массы тела, в/м, 1 раз в сут., в течение 14 дн. (уровень убедительности доказательства А).

### **Особенности лечения без обследования ликвора**

Лечение может быть проведено натриевой, новокаиновой солью пенициллина или прокаин-пенициллином по вышеуказанным алгоритмам. Не рекомендуется применение дюрантных препаратов пенициллина.

**СТАНДАРТ**  
**медицинской помощи больным с ранним сифилисом**  
**(при оказании специализированной помощи)**

1. Модель пациента:

Возрастная категория: взрослые, дети

Нозологическая форма: Ранний сифилис

Код по МКБ-10: A51

Фаза: ранняя

Стадия: любая

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Условия оказания: стационарная помощь

2. Модель пациента:

Возрастная категория: взрослые, дети

Нозологическая форма: Первичный сифилис половых органов;  
первичный сифилис анальной области; первичный сифилис других  
локализаций

Код по МКБ-10: A51.0-A51.2

Фаза: ранняя

Стадия: любая

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Условия оказания: стационарная помощь

2.1. Лечение из расчета 10 дней

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензилпенициллин	0,9	4 млн. ЕД	40 млн. ЕД,
		Цефтриаксон	0,05	0,5 г	5,0 г
		Доксициклин	0,05	0,2 г	4,0 г

<\*> Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

<\*\*> Ориентировочная дневная доза.

<\*\*\*> Эквивалентная курсовая доза.

3. Модель пациента:

Возрастная категория: взрослые, дети

Нозологическая форма: Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек; ранний сифилис скрытый

Код по МКБ-10: A51.3, A51.5

Фаза: ранняя

Стадия: любая

Осложнения: без осложнений

Условия оказания: стационарная помощь

### 3.1. Лечение из расчета 20 дней

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <**>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензилпенициллин	0,9	6 млн. ЕД	120 млн. ЕД
		Цефтриаксон	0,05	0,5 г	10,0 г
		Доксициклин	0,05	0,2 г	6,0 г

4. Модель пациента:

Возрастная категория: взрослые, дети

Нозологическая форма: Другие формы вторичного сифилиса

Код по МКБ-10: A51.4

Фаза: ранняя

Стадия: любая

Осложнения: поражение нервной системы

Условия оказания: стационарная помощь

#### 4.1. Лечение из расчета 20 дней

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензилпенициллин	0,8	20 млн. ЕД	280 млн. ЕД
		Цефтриаксон	0,2	2 г	40 г

#### 5. Модель пациента:

Возрастная категория: взрослые, дети

Нозологическая форма: Другие формы вторичного сифилиса

Код по МКБ-10: А51.4

Фаза: ранняя

Стадия: любая

Осложнения: поражение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата

Условия оказания: стационарная помощь.

#### 5.1. Лечение из расчета 20 дней

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензилпенициллин	0,8	4 млн. ЕД	80 млн. ЕД
		Цефтриаксон	0,2	1 г	20 г

УТВЕРЖДЕН  
приказом Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от 8 декабря 2006 г. № 829

**СТАНДАРТ**  
**медицинской помощи больным с поздним сифилисом**  
**(при оказании специализированной помощи)**

1. Модель пациента:

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: Поздний сифилис

Код по МКБ-10: A52

Фаза: поздняя

Стадия: любая

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Условия оказания: стационарная помощь

1.1. Диагностика

2. Модель пациента:

Возрастная категория: взрослые

Нозологическая форма: Сифилис сердечно-сосудистой системы

Код по МКБ-10: A52.0

Фаза: поздняя

Стадия: любая

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Условия оказания: стационарная помощь

2.1. Лечение из расчета 42 дня

Фармако- терапевтиче- ская группа	АТХ груп- па <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначе- ния	ОДД <*>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные сред- ства		1		
		Бензилпеницил- лин	0,8	3,2 млн. ЕД	134,4 млн. ЕД
		Ампициллин	0,2	3,2 млн. ЕД	134,4 млн. ЕД

3. Модель пациента:  
 Возрастная категория: взрослые  
 Нозологическая форма: Нейросифилис с симптомами, асимптомный нейросифилис, нейросифилис неуточненный  
 Код по МКБ-10: A52.1-A52.3  
 Фаза: поздняя  
 Стадия: любая  
 Осложнения: вне зависимости от осложнений  
 Условия оказания: стационарная помощь

### 3.1. Лечение из расчета 28 дней

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензилпенициллин	0,95	20 млн. ЕД	560 млн ЕД
		Ампициллин	0,05	20 млн. ЕД	560 млн.ЕД

4. Модель пациента:  
 Возрастная категория: взрослые  
 Нозологическая форма: Другие симптомы позднего сифилиса  
 Код по МКБ-10: A52.7  
 Фаза: поздняя  
 Стадия: любая  
 Осложнения: поражение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата (гуммы любых локализаций кроме A52.0-A52.3).  
 Условия оказания: стационарная помощь

#### 4.1. Лечение из расчета 42 дня

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензилпенициллин	0,95	3,2 млн. ЕД	134,4 млн. ЕД
		Ампициллин	0,05	3,2 млн. ЕД	134,4 млн. ЕД

#### 5. Модель пациента:

Возрастная категория: взрослые

Нозологическая форма: Поздний сифилис скрытый

Код по МКБ-10: A52.8

Фаза: поздняя

Стадия: любая

Осложнения: без осложнений

Условия оказания: стационарная помощь

#### 5.1. Лечение из расчета 42 дня

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензилпенициллин	0,95	4 млн. ЕД	168 млн.ЕД
		Ампициллин	0,05	4 млн. ЕД	168 млн.ЕД



УТВЕРЖДЕН  
приказом Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от 18 декабря 2006 г. № 860

**СТАНДАРТ**  
**медицинской помощи больным с врожденным сифилисом**  
**(при оказании специализированной помощи)**

1. Модель пациента:

Категория возрастная: дети

Нозологическая форма: Врожденный сифилис

Код по МКБ-10: A50

Фаза: любая

Стадия: любая

Осложнения: вне зависимости от наличия или отсутствия осложнений.

Условия оказания: стационарная помощь.

1.1. Диагностика

2. Модель пациента:

Возрастная категория: дети

Нозологическая форма: Ранний врожденный сифилис с симптомами, ранний скрытый врожденный сифилис

Код по МКБ-10: A50.0; A50.1

Фаза: ранний

Стадия: любая

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Условия оказания: стационарная помощь

### 2.1. Лечение из расчета 14 дней

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензилпенициллин	0,9	1,5 млн.ЕД	21 млн. ЕД
		Ампициллин	0,05	1,5 млн.ЕД	21 млн. ЕД
		Цефтриаксон	0,05	0,75 г	10,5 г

### 3. Модель пациента:

Возрастная категория: дети, взрослые

Нозологическая форма: Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз, поздний врожденный нейросифилис, другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами, поздний врожденный сифилис скрытый

Код по МКБ-10: А50.3-А50.6

Фаза: поздний

Стадия: любая

Осложнения: вне зависимости от наличия осложнений

Условия оказания: стационарная помощь

### 3.1. Лечение из расчета 42 дня

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензилпенициллин	0,95	3,5 млн.ЕД	147 млн.ЕД
		Ампициллин	0,05	3,5 млн.ЕД	147 млн.ЕД

УТВЕРЖДЕН  
приказом Министерства  
здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации  
от 8 декабря 2006 г. № 830

**СТАНДАРТ**  
**медицинской помощи больным со скрытым сифилисом**  
**неуточненным как ранний или поздний**  
**(при оказании специализированной помощи)**

1. Модель пациента:  
 Возрастная категория: взрослые  
 Нозологическая форма: Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний  
 Код по МКБ-10: A53.0  
 Фаза: скрытый сифилис  
 Стадия: любая  
 Осложнения: без осложнений  
 Условия оказания: стационарная помощь

1.1. Диагностика

1.2. Лечение из расчета 42 дня

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензилпенициллин	0,95	4 млн. ЕД	168 млн. ЕД
		Ампициллин	0,05	4 млн. ЕД	168 млн. ЕД

## Клинико-серологический контроль

Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через три месяца после лечения.

Больные первичным серонегативным сифилисом находятся под контролем также в течение 3 месяцев.

Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты КСР (РМП), состоят на клинико-серологическом контроле до полной негативации КСР и затем еще 6 месяцев, в течение которых необходимо провести 2 обследования. Длительность клинико-серологического контроля будет индивидуализированной в зависимости от результатов лечения.

Для больных поздними формами сифилиса, у которых КСР после лечения нередко остается положительным, предусмотрен обязательный 3-летний срок клинико-серологического контроля. Решение о снятии с учета или продлении контроля принимается индивидуально. В процессе контрольного наблюдения КСР (РМП) исследуют 1 раз в 6 месяцев в течение второго и третьего года. Специфические серореакции (РИТ, ИФА, РПГА, РИТ) исследуются 1 раз в год.

Больные нейросифилисом, независимо от стадии, должны находиться под наблюдением в течение 3 лет. Результаты лечения контролируются с помощью серологических исследований сыворотки крови, в сроки, указанные выше, а также обязательным ликворологическим обследованием в динамике. Первый ликворологический контроль следует провести через 6 месяцев после лечения и при отсутствии санации ликвора по уровню цитоза и серологическим показателям необходимо назначить еще один курс лечения (на успех лечения антибиотиками можно рассчитывать только до тех пор, пока сохраняется патология в ликворе). Уровень белка в ликворе изменяется медленнее, чем цитоз и серологические реакции, и иногда требуется до 2 лет для его нормализации. Сохранение повышенного, но снижающегося уровня белка при нормальных показателях цитоза и отрицательных серо-

логических тестах уже не служит показанием для проведения дополнительного курса лечения.

Дальнейший контроль состояния спинномозговой жидкости проводится 1 раз в 6 месяцев, в пределах 3 лет наблюдения после установления диагноза. Стойкая нормализация ликвора, даже при сохранении резидуального клинического дефекта, является показанием к снятию с учета.

Лица с серорезистентностью находятся на клинико-серологическом контроле в течение 3 лет.

Дети, родившиеся от матерей, больных сифилисом, но сами врожденным сифилисом не болевшие, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 1 года, независимо от того, получали они профилактическое лечение или нет. Первое клинико-серологическое обследование проводится в возрасте 3 месяцев: клинический осмотр педиатра, консультации невропатолога, окулиста, отоларинголога, серологические тесты — КСР (РМП), РИТ, РИФ, (РПГА, ИФА). Если в это время результаты указанных реакций отрицательны и клинические исследования не выявили патологии, то обследование повторяют в возрасте 1 года, перед снятием с учета. Если в трехмесячном возрасте отмечена позитивность каких-либо серологических тестов, то повторное обследование проводят в возрасте шести, а затем 12 месяцев.

Дети, получившие специфическое лечение по поводу раннего врожденного сифилиса, проходят клинико-серологический контроль по тому же принципу, что и взрослые, получившие лечение по поводу ранней формы приобретенного, сифилиса, но не менее 1 года.

Детям, получившим лечение по поводу приобретенного сифилиса, клинико-серологический контроль проводят так же, как и взрослым.

При возникновении клинического или серологического рецидива больные подлежат обследованию терапевта, невропатолога, окулиста, отоларинголога; целесообразно провести спинномозговую пункцию. Лечение проводят по методикам, предусмотренным для вторичного и скрытого сифилиса с давностью свыше 6 месяцев.

## Серорезистентность и дополнительное лечение

Серорезистентность — это сохранение стойкой позитивности КСР (РМП) после полноценного лечения по поводу ранних стадий сифилиса. Серорезистентность устанавливается в тех случаях, когда в течение года после окончания терапии результаты РСК с трепонемным и кардиолипидным антигенами либо результаты МР остаются стойко положительными без тенденции к снижению титра реактивов. В этих случаях назначается дополнительное лечение.

Если через год после полноценного лечения негитивация РСК (РМП) не наступила, но отмечается снижение титра реактивов (по меньшей мере в 4 раза) или снижение степени позитивности РСК от резко положительной до слабо положительной, то эти случаи рассматривают как замедленную негитивацию серореакций, и наблюдение продолжают еще 6 месяцев. Если в течение этого времени продолжается снижение позитивности РСК, то наблюдение можно продолжить еще на 6 месяцев. При отсутствии дальнейшего снижения позитивности РСК проводят дополнительное лечение. Таким образом, дополнительное лечение проводится с учетом динамика КСР в сроки от 1 года до 2 лет после первого лечения, как правило, однократно.

Дополнительное лечение должно проводиться по методикам, обеспечивающим достаточно высокий уровень концентрации антибиотика в организме. Поэтому предпочтительно применение растворимого пенициллина или препаратов средней дюрантности.

**Методика № 1** — стационарно бензилпенициллина натриевая соль 1 млн ЕД в/м через каждые 6 часов (4 раза в сутки) в течение 20 дней.

**Методика № 2** — амбулаторно или стационарно прокаин-пенициллин 1,2 млн ЕД в/м ежедневно в течение 20 дней или новокаиновая соль пенициллина 600 000 ЕД в/м 2 раза в день в течение 20 дней.

**Методика № 3** — амбулаторно В исключительных случаях лечение может быть проведено дюрантными препаратами пени-

циллина по методикам, рекомендованным для вторичного и раннего скрытого сифилиса.

**Методика № 4** — амбулаторно лечение проводят цефтриаксоном по 1,0 г внутримышечно через день, № 10.

Лечение по поводу серорезистентности у детей проводят аналогично, учитывая при расчете дозы возраст и массу тела ребенка.

### **Снятие с учета**

По окончании клинико-серологического наблюдения проводится полное серологическое: РСК (МР), РИТ, РИФ, (РПГА, ИФА) — и по показаниям клиническое обследование пациентов специалистами (терапевтом, невропатологом, окулистом, отоларингологом).

Ликворологическое обследование при снятии с учета показано пациентам, лечившимся по поводу нейросифилиса.

При снятии с учета детей, получивших лечение по поводу врожденного сифилиса, рекомендуется консультация педиатра, невропатолога, окулиста, отоларинголога и постановка РСК (МР), РИТ, РИФ (РПГА, ИФА). Дети, имевшие патологию в ликворе, должны пройти ликворологическое обследование.

В качестве критериев излеченности можно учитывать:

- 1) полноценность проведенного лечения и его соответствие инструкциям;
- 2) данные клинического обследования (осмотр кожных покровов и слизистых, при показаниях — состояние внутренних органов и нервной системы);
- 3) результаты лабораторного (серологического, при показаниях — ликворологического) исследования.

К работе в детских учреждениях, предприятиях общественного питания больные сифилисом, получившие стационарное лечение, допускаются после выписки из стационара, а получающие амбулаторное лечение — после регресса клинических симптомов заболевания.

Дети, получающие амбулаторное лечение по поводу приобретенного сифилиса, могут посещать детские учреждения после исчезновения клинических проявлений заболевания.

### **Индивидуальная профилактика ИППП**

Индивидуальная профилактика ИППП может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения венерическим заболеванием в результате случайной половой связи.

Аутопрофилактика проводится с помощью индивидуальных портативных (карманных) профилактических средств, в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией. К числу таких средств относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие.

Личная профилактика проводится круглосуточно также в пунктах индивидуальной профилактики, имеющих в кожно-венерологических диспансерах. Профилактика проводится мужчинам с помощью 2–3 %-го водного раствора протаргола и вышеупомянутых гибитана, цидипола и др. Для женщин используют 1–2 %-й раствор азотнокислого серебра, гибитан, цидипол.

Профилактика в значительной мере обеспечивается также использованием барьерных методов контрацепции — презервативов.

### **Клиническая задача № 4**

В стационар кожно-венерологического диспансера поступил больной, 26 лет, с диагнозом «первичный сифилис», который был установлен врачом мужского кожного кабинета диспансера, куда обратился пациент, и подтвержден обнаружением бледной трепонемы в серозном отделяемом эрозии на половом члене.

**Вопрос:** Ваши первоочередные врачебные действия?

**Вопрос:** Какое следует назначить лечение нашему больному?



**Вопрос:** Сколько всего таких курсов следует провести нашему больному?

**Вопрос:** Нужно ли назначить какие-либо другие препараты?

**Вопрос:** Когда и при каких условиях больной будет снят с учета?

### **Клиническая задача № 5**

В стационар кожно-венерологического диспансера поступил больной, 33 лет с диагнозом «вторичный сифилис кожи и слизистых».

**Вопрос:** Ваши первые врачебные действия?

**Вопрос:** Какое специфическое лечение следует назначить?

**Вопрос:** Когда больной будет снят с учета?

### **Клиническая задача № 6**

В стационар кожно-венерологического диспансера поступила больная, 43 лет с диагнозом «скрытый поздний сифилис». Клинических активных проявлений сифилиса нет, МРП 3+, РПГА 4+, РИБТ двукратно 92 и 87 %. Анамнез не позволяет установить срок заражения, не выявлено и каких-либо лиц, заразившихся от пациентки. Все сказанное подтверждает правильность диагноза.

**Вопрос:** Какое специфическое лечение следует назначить?

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ТЕМЕ «СИФИЛИС»

1. Назовите основные виды движения бледной трепонемы и их синонимы.
2. Сравните движения бледной спирохеты с движениями вульгарных спирохет.
3. Особенности инкубационного периода в наше время.
4. С какими заболеваниями наиболее часто дифференцируют твердый шанкр.
5. Особенности продромов II периода сифилиса.
6. Особенности «шанкерного» иммунитета
7. Разновидности свежей розеола.
8. Характерные особенности сифилидов слизистых.
9. Дифференциальный диагноз вторичного свежего и вторичного рецидивного сифилиса.
10. Дифференциальный диагноз псориатических и сифилитических папул.
11. То же при красном плоском лишае и сифилисе.
12. Дифференциальный диагноз гуммозного сифилида и скрофулодермы.
13. Какова патогистология гуммы и бугорка?
14. Когда мы можем ожидать развития поражения нервной системы при сифилисе?
15. Насколько часто и как клинически проявляется дистрофия зубов?
16. Каковы последствия перенесенных в детстве остеохондрита и диффузной инфильтрации?

## ОТВЕТЫ К КЛИНИЧЕСКИМ ЗАДАЧАМ

### Клиническая задача № 1

*Ответ:* по полученным данным из анамнеза (не было коитуса), объективного осмотра (наличие симптома Арди-Горчакова) и лабораторных исследований (спирохета многократно не найдена, экспресс-метод (РМП), РИФ, РПГА отрицательные) можно предположить чесотку. Необходимо провести ее пробное лечение.

### Клиническая задача № 2

*Ответ:* учитывая промискуитет женщины, наличие розеолезной сыпи, положительный феномен воспламенения, полиаденит, положительные серологические реакции, ставится диагноз «вторичный сифилис кожи и слизистых» (по клинической картине: вторичный свежий сифилис :розеолезный сифилид, полиаденит). Жалобы, предъявляемые при вызове «скорой», расценены как продромы вторичного периода сифилиса.

### Клиническая задача № 3

*Ответ:* исходя из клиники заболевания, из серологической диагностики заболевания (экспресс-метод (РМП) 4+, РИФ 4+, РПГА 4+), врач выставил диагноз: «вторичный сифилис кожи и слизистых» (по клинической картине: вторичный рецидивный сифилис).

### Клиническая задача № 4

*Ответ:* сразу при поступлении в стационар проводится сбор анамнеза у больного, и он тщательно осматривается. Если у него не проявляются какие-либо иные проявления сифилиса, кроме единственной эрозии на половом члене, то клинически это соответствует первичному периоду заболевания. Больной подписывается в упомянутом уже «предупреждении», устанавливаются его половые и тесные бытовые контакты. Далее необходимо уточнить диагноз: если экспресс-метод (РМП), РПГА окажутся хотя бы слабо положительными, то следует выставить диагноз первичного серопозитивного сифилиса. Диагноз первичного серонегативного

сифилиса устанавливается окончательно лишь в тех случаях, когда при исследовании крови через каждые 5 дней эти серологические реакции — отриц., поэтому уточненный диагноз — «сифилис первичный серопозитивный». Это уточнение играет роль для времени нахождения на учете в кожновенерологическом диспансере.

*Ответ:* для лечения первичного сифилиса при условии оказания амбулаторно-поликлинической помощи (согласно Приложению к приказу Минздрава России от 25.07.2003 г. № 327) могут использоваться следующие методики:

Бензатин бензилпенициллин — 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 7 дн. Всего на курс 2 инъекции.

Бициллин 1 — 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дн. Всего 3 инъекции.

Бициллин 3 — 1,8 млн ЕД в/м 2 раза в нед. Всего 5 инъекций.

Бициллин 5 — 1,5 млн ЕД в/м 2 раза в нед. Всего 5.

Прокаин-бензилпенициллин — 1,2 млн ЕД в/м, ежедневно. Всего 10 инъекций.

Новокаиновая соль пенициллина — по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в день, в течение 10 дн.

Бензилпенициллина натриевая соль (водорастворимый пенициллин) — 1 млн ЕД в/м через каждые 6 час (4 раза в сут.) в течение 10 дн.

При указании в анамнезе на аллергические реакции на указанные выше препараты могут использоваться другие, обладающие сходной клинической эффективностью:

Цефтриаксон — 0,5 г ежедневно в/м, всего 10 инъекций.

Доксициклин — 0,1 г 2 раза в сут. в течение 15 дн.

Тетрациклин — 2,0 г в сут. (по 0,5 г 4 раза в сут.) в течение 15 дн.

Эритромицин — 2,0 г в сут. (по 0,5 г 4 раза в сут) в течение 15 дн.

Азитромицин — 0,5 г в сут. в течение 10 дн.

Оксациллин — по 1 млн ЕД 4 раза в сут. в течение 14 дн.

Ампициллин — по 1 млн ЕД 4 раза в сут. в течение 14 дн.

*Ответ:* достаточен 1 курс. Выписка из стационара проводится при этом лишь после регресса сифилидов.

За 30 минут до каждой инъекции назначают по одной таблетке одного из антигистаминных препаратов (супрастин, тавегил и др.).

*Ответ:* больные первичным серонегативным сифилисом находятся под наблюдением в течение трех месяцев и подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после окончания лечения.

Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты РСК или МРП, должны находиться под наблюдением до полного изменения этих результатов на отрицательные, а затем еще в течение 6 месяцев (в течение которых необходимо провести 2 обследования). Длительность клинико-серологического контроля определяется индивидуально в зависимости от результатов лечения.

#### **Клиническая задача № 5**

*Ответ:* следует уточнить и описать клинические проявления заболевания.

*Ответ:* для лечения вторичного сифилиса при условии оказания амбулаторно-поликлинической помощи (согласно Приложению к приказу Минздрава России от 25.07.2003 г. № 327) могут использоваться следующие методики:

Бензатин бензилпенициллин — 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 7 дн. Всего на курс 3 инъекции.

Бициллин 1 — 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дн.; всего 6 инъекций.

Бициллин 3 — 1,8 млн ЕД в/м 2 раза в нед.; всего 10 инъекций.

Бициллин 5 — 1,5 млн ЕД в/м 2 раза в нед.; всего 10 инъекций.

Прокаин-бензилпенициллин — 1,2 млн ЕД в/м, ежедневно; всего 20 инъекций.

Новокаиновая соль пенициллина — по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в день, в течение 20 дн.

Бензилпенициллина натриевая соль (водорастворимый пенициллин) — 1 млн ЕД в/м через каждые 6 часов (4 раза в сут.) в течение 20 дн.

При наличии указаний в анамнезе на аллергические реакции на указанные выше препараты может использоваться ниже приведенные препараты, обладающие сходной клинической эффективностью:

Цефтриаксон — 0,5 г ежедневно в/м, всего 10 инъекций.

Доксициклин — 0,1 г 2 раза в сут. в течение 30 дн.

Тетрациклин — 2,0 г в сут. (по 0,5 г 4 раза в сут.) в течение 30 дн.

Азитромицин — 0,5 г в сут. в течение 10 дн.

Оксациллин — по 1 млн ЕД 4 раза в сут. в течение 28 дн.

Ампициллин — по 1 млн ЕД 4 раза в сут. в течение 28 дн. (рекомендована для стационарного применения).

Эритромицин — 2,0 г в сутки (по 0,5 г 4 раза в сут.) в течение 30 дн.

*Ответ:* больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты серологических реакций должны находиться под наблюдением до полного изменения этих результатов на отрицательные, а затем еще в течение 6 мес. (в течение которых необходимо провести 2 обследования). Длительность клинико-серологического контроля определяется индивидуально в зависимости от результатов лечения.

### **Клиническая задача № 6**

*Ответ:* для лечения пациентов с поздним скрытым сифилисом согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8.12.2006 г. № 829 в условиях оказания стационарной помощи могут быть использованы следующие методики:

1. Для лечения используется водорастворимый пенициллин по 1 млн ЕД 4 раза в сут. в течение 42 дн.

2. Лечение проводится ампициллином по 1 млн ЕД 1 раз в сут., на протяжении 42 дн.

## ОТВЕТЫ К КОНТРОЛЬНЫМ ВОПРОСАМ

1. Поступательное, вращательное, маятникообразное, волнообразное.

2. Бледная трепонема движется с «Чувством собственного достоинства».

3. Инкубационный период в наше время удлиняется, поскольку пациенты принимают антибиотики по поводу других заболеваний или занимаются самолечением сифилиса.

4. Чаще всего дифференциальную диагностику необходимо проводить со следующими заболеваниями: чесоточная эктима, шанкриформная пиодермия, мягкий шанкр, генитальный герпес, язва Чапина-Липшица.

5. Во время продромального периода во вторичном периоде сифилиса пациенты могут чувствовать недомогание, слабость, ломоту в теле, боли в костях.

6. «Шанкерный иммунитет» — через 7–11 дней после образования твердого шанкра новые шанкры не образуются.

7. Уртикарная, сливная, возвышающаяся.

8. Слизистые бледно-розового цвета и розеола бледно-розового цвета, поэтому розеола сливается со слизистыми и ее практически не видно.

9. Дифференциальный диагноз вторичного свежего сифилиса и вторичного рецидивного сифилиса заключается в следующем: вторичный свежий сифилис характеризуется обилием высыпаний, небольшой величиной элементов, яркостью окраски, отсутствием группировок элементов, наличием остатков твердого шанкра; вторичный рецидивный сифилис проявляется небольшим количеством высыпаний, значительной величиной элементов, их склонностью к группировке и образованию дуг, колец, гирлянд, фигур, а также блеклостью окраски высыпных элементов.

10. При псориазеформном сифилиде на поверхности папулы видны роговые чешуйки, чем псориазеформный сифилид напоминает псориаз. При псориазе ободок вокруг папулы (венчик роста) розового цвета, а при сифилисе — темно-красного цвета.

11. Папула при красном плоском лишае имеет следующую характеристику: синюшно-красного цвета, блестящая при боковом освещении, с пупковидным вдавлением в центре, при нанесении капли воды или растительного масла видна сетка Уикхема.

12. Дифференциальный диагноз гуммозного сифилида и скрофулодермы проводится по исходу: после гуммы остается звездчатый рубец, после скрофулодермы — мостикообразный рубец, который перекидывается с одного края язвы на другой и соединяет их в виде мостика; также необходимо провести серологические реакции крови на предмет сифилитической инфекции и туберкулиновые пробы на предмет туберкулеза.

13. В основе гуммы и бугорка лежит хроническое специфическое гранулематозное воспаление, проявляющееся инфекционной гранулемой. В состав гранулемы входят преимущественно клетки фагоцитирующих мононуклеаров (макрофаги, эпителиоидные клетки, гигантские клетки), а также лимфоциты.

14. Изменения нервной системы при сифилисе могут развиваться в любом периоде заболевания, но по частоте они преобладают во вторичном или в третичном периодах. Развитие нейросифилиса чаще всего связано с отсутствием или неполноценным лечением, хроническими заболеваниями или интоксикациями, приводящими к нарушениям в работе системы иммунной защиты, перенесенными черепно-мозговыми травмами.

15. Дистрофия зубов (зубы Гетчинсона) встречается у 15–20 % больных поздним врожденным сифилисом. Оба передних верхних резца имеют бочкообразную форму или форму отвертки. Зубы при этом шире на уровне шейки, чем на режущем крае. Оба резца сужены в направлении к режущей поверхности. На свободном крае зуба видны полулунные выемки. С возрастом края зубов стачиваются, и к 20–22 годам зубы становятся короткими с широким, ровным краем.

16. Саблевидные голени являются следствием перенесенного в грудном возрасте остеохондрита, который наряду с ранними периоститами в области метафиза, исчезающими бесследно, стимулирует более быстрый, опережающий рост большеберцовой кости по сравнению с малоберцовой. Из-за этого возникает своеобраз-



ное искривление кпереди голени в виде серпа, клинка сабли. Рубцы Робинсона-Фурнье — радиарные рубцы вокруг углов рта и на подбородке. Они свидетельствуют о перенесенной диффузной инфильтрации. Особенно этот признак характерен, если выявляется в детском и юношеском возрасте.

## Список литературы

1. Аковбян В.А., Прохоренков В.И., Новиков А.И., Гузей Т.Н., Мисенко Д.Н. Сифилис: иллюстрированное руководство. – М. : Медицинская книга, 2002. – 300 с.
2. Кожные и венерические болезни : учебник / Под ред. О.Л. Иванова. – М. : Шико, 2002. – 480 с.
3. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем : учеб. пособие. – М. : Медицина, 2002. – 400 с.
4. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем : руководство для практических врачей. – М. : Литтера, 2005. – 282 с.
5. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. – СПб. : ЭЛБИ, 2002. – 314 с.
6. Хантер Хандсфилд. Заболевания, передающиеся половым путем: атлас-справочник. – М. : БИНОМ-Пресс, 2004. – 296 с.

## Оглавление

Введение .....	3
История возникновения сифилиса .....	6
Возбудитель сифилиса .....	7
Условия заражения .....	7
Пути заражения .....	8
Течение сифилиса .....	9
Международная статистическая классификация болезней X пересмотра (раздел ИППП) .....	11
Ранний сифилис .....	13
Первичный сифилис .....	13
Тестовый контроль к теме «Первичный сифилис» .....	17
Клиническая задача № 1 .....	21
Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек .....	22
Клиническая задача № 2 .....	29
Клиническая задача № 3 .....	30
Тестовый контроль к теме «Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек» .....	31
Поздний сифилис .....	34
Сифилитические поражения костей .....	38
Сифилитические поражения суставов .....	39
Нейросифилис .....	40
Висцеросифилис .....	47
Скрытый сифилис .....	51
Врожденный сифилис .....	54
Серологическая диагностика сифилиса .....	61
Тестовый контроль к теме «Поздний и врожденный сифилис» ..	68
Лечение больных сифилисом .....	72
Клиническая задача № 4 .....	96
Клиническая задача № 5 .....	97
Клиническая задача № 6 .....	97
Контрольные вопросы к теме «Сифилис» .....	98
Ответы к клиническим задачам .....	99
Ответы к контрольным вопросам .....	103
Список литературы .....	106

Учебное издание  
П.Н. Пестерев, А.В. Зуев, С.А. Хардикова  
СИФИЛИС  
Учебное пособие  
2-е издание, стереотипное

Подписано в печать 11.12.2009  
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.  
Печать ризограф. Гарнитура «Times».  
Печ. лист. 6,28. Тираж 100 экз. Заказ

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ  
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2