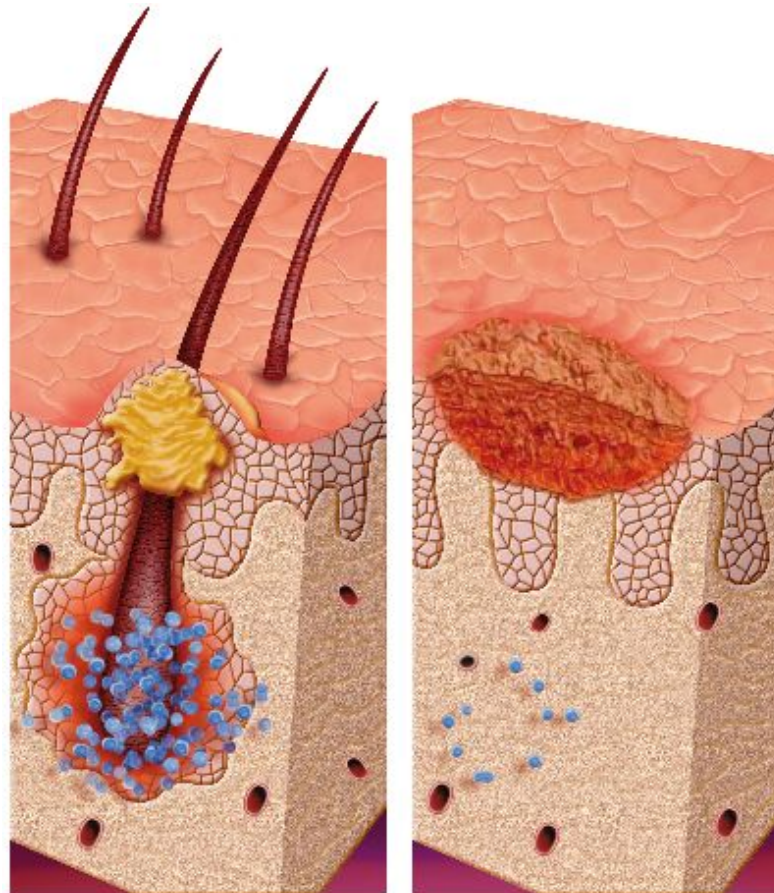


Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Инфекции передающиеся половым путем (ИППП)



Сифилис: этиология, клиника, профилактика

Гонорея: этиология, клиника, диспансерное наблюдение

Венерические болезни – заболевания, передающиеся преимущественно половым путем, основными из которых являются *сифилис, гонорея, мягкий шанкр, венерическая лимфогранулема, донованоз.*

Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, передающееся преимущественно половым путем и характеризующееся периодичностью течения.

Сифилис – общее инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, склонное к хроническому рецидивирующему течению с характерной периодизацией клинических симптомов, способное поражать все органы и системы, передающееся преимущественно половым путем; может передаваться внутриутробно.

Сифилитическая инфекция включена в перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

В силу особенностей течения и многообразия клинических проявлений сифилис является актуальной проблемой современного здравоохранения, несмотря на существенные достижения в борьбе с этим заболеванием.

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. Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, давностью менее 2 лет после заражения.

A51.9. 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.

Распространение сифилиса в России носило волнообразный характер: периоды роста показателей сменялись их понижением и совпадали с социальными потрясениями в обществе.

Всего выделяют пять периодов с 20-х годов XX в., которым предшествовали революция, гражданская и Великая Отечественная война (1941–1945 гг.).

С 1991 г. Россия переживает пятую волну, отличающуюся катастрофическим уровнем заболеваемости сифилисом — **в 1997 г. показатель составил 277,3 случая на 100 тыс. населения.**

Эта волна, хотя и имеет тенденцию к снижению (показатель 59,9 на 100 тыс. населения в 2008 г.), тем не менее превышает исходный уровень 1991 г. (7,2 на 100 тыс. населения) в 8,3 раза.

Год	Заболеваемость на 100 тыс. населения
1913-1915	1210
1921	550
1946	115,6
1963	2,45
1973-1979	26,5-27,7
1989	4,3
1990	5,3
1991	7,2
1997	277,3
2000	165
2003	95,2
2008	59,7

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Этиология

Возбудитель сифилиса — **бледная трепонема** (*Treponema pallidum*), открытая в 1905 г.

При исследовании в темном поле виден микроорганизм спиралевидной формы с 8–12 равномерными закругленными завитками.

Диагностическое исследование на наличие бледной спирохеты всегда проводят в нефиксированных препаратах в условиях «темного поля», что позволяет наблюдать бледную трепонему в движении. Бледная трепонема очень подвижна.

Четыре основных вида движений:

поступательное (периодическое, с разной скоростью – от 3 до 20 мкм/ч);

ротаторное (вращательное вокруг своей оси);

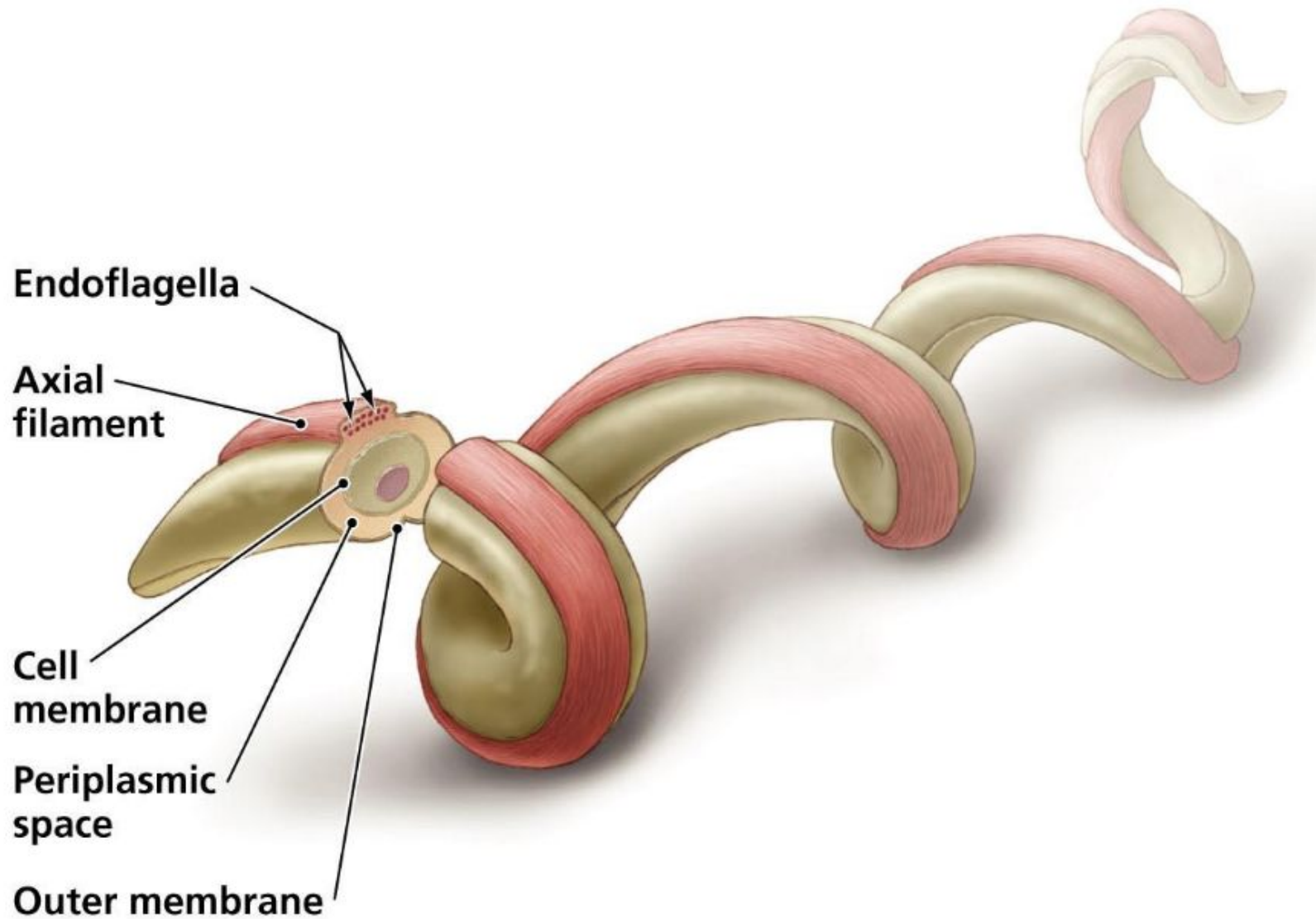
сгибательное (маятникообразное, бичеобразное);

контрактильное (волнообразное, судорожное).

Обычно все эти движения комбинируются и обеспечиваются фибриллами и собственными сокращениями клетки трепонемы.

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Этиология



Бледная трепонема может существовать в:

Спиралевидной

Цистой

L-форме

Это соответствует разным вариантам течения инфекции.

Циста является формой выживания и размножения бледной трепонемы в неблагоприятных условиях среды и рас-

сматривается как стадия покоя *T. pallidum*; обладает антигенной

активностью. *L*-форма является способом выживания бледной

трепонемы, обладает слабой антигенной активностью.

Размножается бледная трепонема преимущественно путем поперечного деления на два или несколько сегментов, каждый из которых вырастает затем во взрослую особь.

Деление трепонем происходит каждые 30–33 часа, рост

Оптимальными условиями для существования бледной трепонемы считаются условия лимфатической жидкости, т. е. температура около 37°C при низком уровне кислорода.

Бледная трепонема – факультативный анаэроб, поэтому условия в артериальной и венозной крови являются для нее малоблагоприятными; в крови она появляется обычно в периоды наиболее бурных клинических проявлений сифилиса, что чаще всего имеет место во вторичном периоде болезни.

Значительная чувствительность бледной трепонемы к кислороду обуславливает ее распространение в организме преимущественно по лимфатическим путям и постоянное наличие в лимфатических узлах.

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Этиология

Бледная трепонема термолабильна. **Оптимальной температурой для нее является температура человеческого тела.** Высокие температуры губительно влияют на бледную трепонему: она гибнет при 41°C через 3–6 ч, при 60°C – через 5–20 мин, при 100°C – мгновенно. Таким образом, пастеризация пищевых продуктов, ополаскивание посуды или инструментов после больных кипятком, кипячение белья полностью обеззараживают материал.

Несравненно лучше бледная трепонема переносит низкие температуры. Она сохраняет свои патогенные свойства в тканях трупа, хранящегося при температуре около 0°C и ниже, в течение 1–2 сут.

Таким образом, трупы больных сифилисом даже при хранении в холодильнике долго остаются заразными.

Бледная трепонема долго сохраняется во влажной среде (например, во влажных носовых платках она остается подвижной даже в течение нескольких суток, при высушивании материала быстро гибнет).

Мгновенная гибель бледной трепонемы наблюдается в следующих растворах:

0,05% хлоргексидин (гибитан)

сулема 1 : 1000

1–2% фенол

70% и выше спирт (в 40% спирте бледные трепонемы подвижны в течение 10–20 мин).

Не влияет существенно на трепонему раствор перманганата калия (даже в концентрации 1 : 1000).

Оптимальный рН для бледной трепонемы 7,4.

Кислая и щелочная среда действуют на нее губительно: в пене хозяйственного мыла и уже в 0,5% растворе щелочей или кислот трепонемы мгновенно утрачивают подвижность и вскоре растворяются.

Во влагалищном секрете, который обычно имеет кислую реакцию, трепонемы сразу теряют подвижность. Этим объясняется крайняя редкость локализации твердых шанкров на стенках влагалища.

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Пути передачи

Половой путь инфицирования сифилисом — самый частый, он составляет около 93–95% случаев заражения. При этом вид полового контакта (вагинальный, ректальный или оральный) не имеет значения.

Контактно-бытовой путь заражения: поцелуи, общая посуда, предметы гигиены и т.д.

Трансплацентарный путь — внутриутробное инфицирование плода приводит к развитию врожденного сифилиса.

Трансфузионный путь — было установлено, что кровь доноров при переливании заразна начиная с инкубационного и до скрытого раннего периода.

-
- Отделяемое эрозивных сифилитических высыпаний
 - Слюна
 - Молоко кормящей женщины
 - Семенная жидкость
 - Слизь канала шейки матки
 - Жидкость, отсосанная из миндалин
 - Кровь

Возбудитель, избирая своим убежищем лимфатическую систему, практически может присутствовать в любом органе.

Риск заражения сифилисом при половом контакте с больным в среднем составляет 45%.

Важными условиями заражения сифилисом являются наличие в материале от больного достаточного числа вирулентных трепонем (2 и более), нарушение целостности кожного покрова или слизистой оболочки (в том числе микротравмы, незаметные при обычном осмотре).

Течение сифилиса продолжается у нелеченых больных годы и десятилетия и отличается волнообразностью, обусловленной сменой активных проявлений болезни периодами скрытого состояния различной длительности и постепенным, последовательным изменением клинического и патогистологического вида поражений, принимающих по мере развития заболевания все более тяжелый характер.

Деление на периоды следует расценивать как выражение происходящих в организме больного изменений реактивности по отношению к бледной трепонеме, возникающих под влиянием постепенного распространения инфекции.

В «классическом» течении сифилиса выделяют 4 периода:

инкубационный

первичный

вторичный

третичный

Периоды сифилиса отличаются друг от друга набором сифилидов, представляющих собой разные морфологические элементы сыпи, появление которых обусловлено проникновением в кожу и слизистые оболочки бледных трепонем.

Сифилиды - высыпания на коже и слизистых оболочках.

Инкубационный период (с момента внедрения в организм бледной трепонемы до появления первого клинического симптома – твердого шанкра).

Продолжительность:

min 8-15 дней

av 20-40 дней

max 90-150 дней

В течение этого периода бледные трепонемы перемещаются по лимфатическим сосудам в близлежащие (регионарные) лимфатические узлы.

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Инкубационный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Первичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Первичный период



Первичный период сифилиса начинается с момента образования первичной сифиломы (твердого шанкра) и лимфаденита и продолжается до возникновения первого генерализованного высыпания.

Возникающий на месте внедрения возбудителя твердый шанкр – единственный сифилид первичного периода – сопровождается регионарным лимфангитом и регионарным лимфаденитом, который в конце периода переходит в специфический полиаденит, сохраняющийся без особых изменений в течение полугода.

Продолжительность:
40-50 дней

Локализация зависит от места внедрения.

Твердый шанкр

Первичная сифилома (синонимы: первичный аффект, твердый шанкр, *ulcus durum*, *sclerosis primaria*) – основной клинический симптом данного периода, при отсутствии которого диагноз «первичный сифилис» не может быть поставлен.

Возникновению эрозивного или язвенного дефекта предшествует появление небольшого гиперемического воспалительного пятна, которое через 2-3 дня превращается в папулу. Эти изменения протекают бессимптомно.

Вскоре после появления папулы покрывающий ее эпидермис (эпителий) подвергается распаду, и формируется эрозия или язва – собственно первичная сифилома. Глубина дефекта при этом зависит от выраженности и характера тканевой реакции на внедрение возбудителя.

Твердый шанкр

В настоящее время эрозивные и язвенные первичные аффекты встречаются примерно одинаково часто (45-48% и 52-55% соответственно). Нередко у одного и того же больного наблюдаются первичные сифиломы с различной глубиной поражения.

Эволюция эрозивных и язвенных первичных сифилом различна. Разрешение эрозивного дефекта происходит без рубцевания, изредка остается вторичное гипер- или гипопигментное пятно. После заживления язвенного шанкра образуется рубец округлой или овальной формы, с четкими границами и ровной поверхностью.

В среднем первичные сифиломы самопроизвольно разрешаются через 3-6 недель, а при назначении специфического лечения – через 10-14 дней. Эрозивные и особенно язвенные дефекты могут сохраняться еще некоторое время (обычно 1-2 недели) после появления первых высыпаний вторичного периода.

Клинические признаки типичной первичной сифиломы

Первичный период

- Встречаются единичные/множественные
- Диаметр 5-15 мм
- Форма чаще: Округлая или овальная; реже: трещиновидные, полулунные, воронкообразные, звездчатые
- Не имеет тенденции к периферическому росту.
- Границы первичной сифиломы ровные, четкие.
- Поверхность ярко-красного цвета («цвет свежего мяса»), иногда покрыта налетом серовато-желтого цвета («цвета испорченного сала»). Налет «цвета испорченного сала» обусловлен коагуляцией белков и поверхностным некрозом элемента.
- Края и дно эрозивной сифиломы лежат на одном уровне. За счет инфильтрата в основании эрозия несколько возвышается над окружающими тканями, при незначительном инфильтрате этого не происходит. Края и дно язвенного шанкра отделены друг от друга глубиной дефекта. Его инфильтрированные края ровные, выступающие, покато поднимающиеся вверх, но подрытые

- Дно первичной сифиломы гладкое, покрыто скудным прозрачным или опалесцирующим отделяемым, придающим ему своеобразный «зеркальный» или «лаковый» блеск. Отделяемое язвенного шанкра может становиться мутным из-за присоединения лейкоцитов, реже кровянистым за счет выпота эритроцитов. При локализации первичных сифилом на открытых участках кожного покрова в результате соприкосновения с воздухом отделяемое подсыхает с образованием корок.
- В основании первичной сифиломы имеется плотно-эластический инфильтрат, четко отграниченный от окружающих тканей и на 2-3 мм выходящий за пределы сифиломы.

Специфический инфильтрат легко определяется, если первичную сифилому захватить большим и указательным пальцами (в перчатках!) и слегка приподнять над уровнем кожи. Консистенция уплотнения при пальпации напоминает консистенцию хряща ушной раковины. Выраженность инфильтрата может быть различной.

-
- Первичная сифилома не сопровождается субъективными ощущениями. Отсутствие субъективных ощущений может быть обусловлено биохимическими особенностями воспаления. Болезненность в области первичного аффекта появляется при присоединении вторичной инфекции. Она также присуща первичным сифиломам определенных локализаций, например, шанкры в области заднего прохода болезненны независимо от акта дефекации.
 - Островоспалительные изменения кожи вокруг первичной сифиломы отсутствуют. При осложнении вторичной инфекцией по периферии первичной сифиломы появляется венчик гиперемии, выраженная отечность, усиливается яркость поверхности элемента, отделяемое становится обильным, серозно-гнойным или гнойным.

Первичный период Локализации первичных сифилом

Первичные сифиломы могут располагаться на любом участке кожи и слизистых оболочек, где создались условия для внедрения бледных трепонем в организм, т. е. в области «входных ворот» инфекции.

По локализации первичные сифиломы делят на:

- генитальные
- перигенитальные
- экстрагенитальные
- биполярные

Место расположения первичного аффекта может влиять на его внешний вид, очертания, а также характер субъективных расстройств.

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Первичный период Локализации первичных сифилом

У мужчин генитальные первичные сифиломы наиболее часто располагаются (в убывающем порядке):

- в венечной борозде
- на внутреннем и наружном листках крайней плоти
- на головке полового члена
- в области уздечки
- в области наружного отверстия уретры и на слизистой оболочке уретры

реже – на стволе и у основания полового члена, на мошонке

Первичный период Локализации первичных сифилом

У женщин генитальные первичные сифиломы наиболее часто располагаются (в убывающем порядке):
на малых и больших половых губах
в области задней спайки
в области клитора
на шейке матки.

Очень редкая локализация шанкров на стенках влагалища объясняется кислой средой, неблагоприятной для размножения трепонем.

Первичный период Атипичные первичные сифиломы

Помимо первичных аффектов с типичной клинической картиной и ее многочисленными разновидностями, могут наблюдаться атипичные шанкры, не имеющие характерных признаков, присущих типичным сифиломам, и потому представляющие диагностические трудности.

Атипичные первичные сифиломы:

- индуративный отек
- шанкр-панариций
- шанкр-амигдалит

Первичный период Диагностика

Диагностика

Вторичный период (от первого генерализованного — высыпания до появления третичных сифилидов – бугорков и гумм) длится 2–4 года, характеризуется волнообразным течением, обилием и разнообразием клинических симптомов.

Вторичный сифилис характеризуется генерализацией сифилитической инфекции, достигающей своего наивысшего развития.

Вторичный период сифилиса характеризуется следующим комплексом клинических проявлений:

пятнистый сифилид (сифилитическая розеола)

папулезный сифилид

папуло-пустулезный сифилид

сифилитическая алопеция (облысение)

сифилитическая лейкодерма (пигментный сифилид)

Вторичный период сифилиса на коже и слизистых оболочках

обычно формируется через 6–8 недель после возникновения первичной сифиломы. В патологический процесс, помимо кожи, слизистых оболочек и лимфатических узлов, могут быть вовлечены внутренние органы, ЦНС, кости, суставы, кроветворные органы, органы слуха, зрения и др.

Между первичным и вторичным сифилисом не существует интервала: первичная сифилома или ее следы, угасающий фимоз, парафимоз, гангренизация, фагеденизация, лимфаденит нередко сопровождают сыпи вторичного периода.

Вторичный период сифилиса начинается тогда, когда возбудитель проникает в кровь.

Первое генерализованное высыпание, появляющееся на смену заживающему твердому шанкру, бывает наиболее ярким и обильным (**вторичный свежий сифилис**), ему сопутствует выраженный полиаденит.

Сыпь держится несколько недель (реже месяцев), затем спонтанно исчезает.

Повторные эпизоды высыпаний (**вторичный рецидивный сифилис**) чередуются с периодами полного отсутствия проявлений (вторичный латентный сифилис).

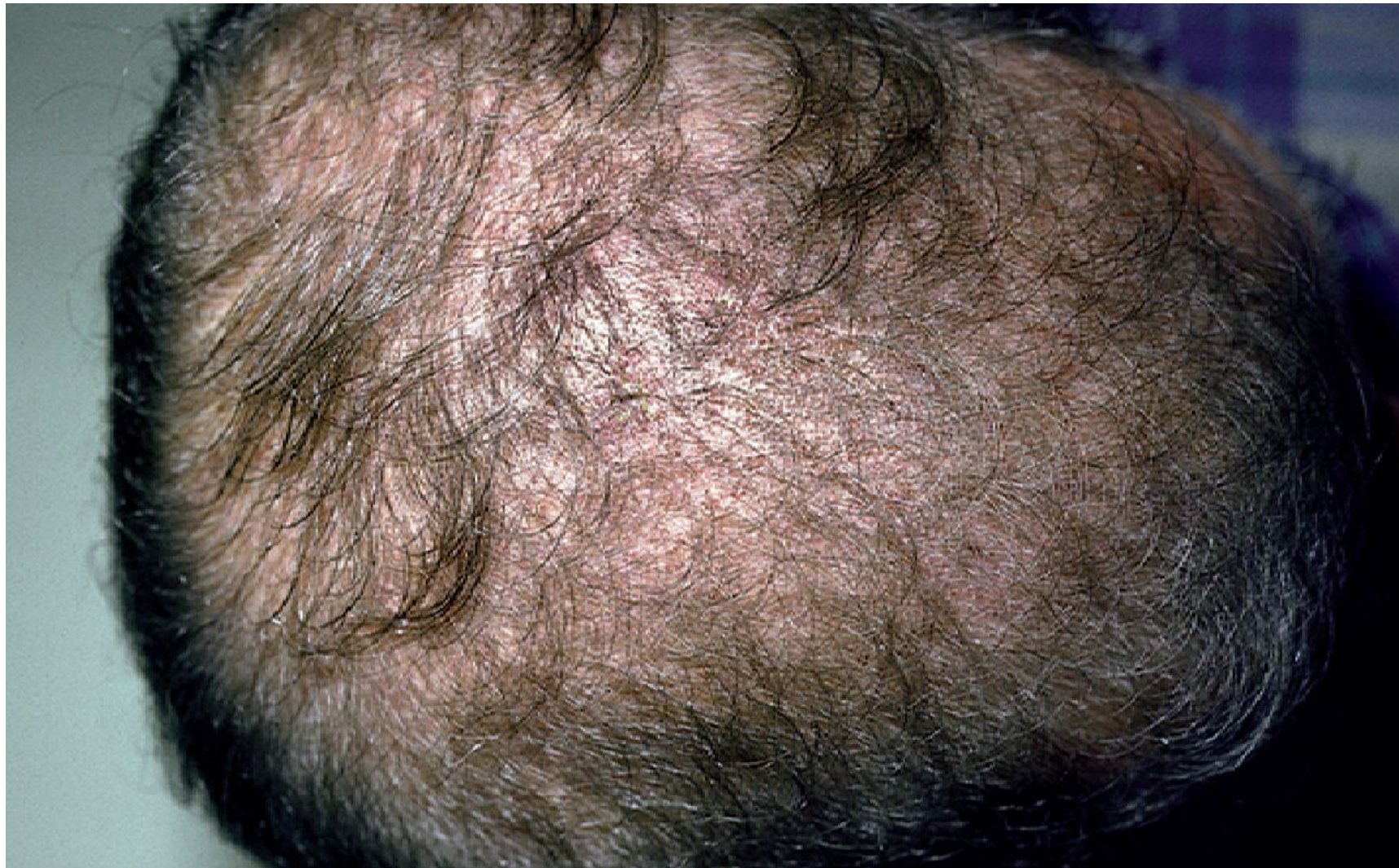
Сыпи при вторичном рецидивном сифилисе менее обильны, но крупнее по размерам. В первом полугодии им сопутствует полиаденит.

Сифилиды вторичного периода сифилиса Вторичный период характеризуются следующими общими признаками:

1. высокой контагиозностью (особенно заразны высыпания на видимых слизистых оболочках и в складках, где элементы склонны к мацерации, эрозированию и образованию вегетации);
2. доброкачественностью течения (в большинстве случаев не оставляют рубцов и атрофии);
3. генерализованным характером (высыпания располагаются повсеместно, на любом участке кожи и слизистых оболочек);
4. отсутствием признаков острого воспаления;
5. отсутствием субъективных ощущений (кроме высыпаний, располагающихся в складках);
6. изолированным (фокусным) расположением, отсутствием тенденции к периферическому росту (он наблюдается лишь при условии раздражения поверхности элементов – в складках и на слизистых оболочках);
7. истинным полиморфизмом высыпаний (пятна, папулы,

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период





Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

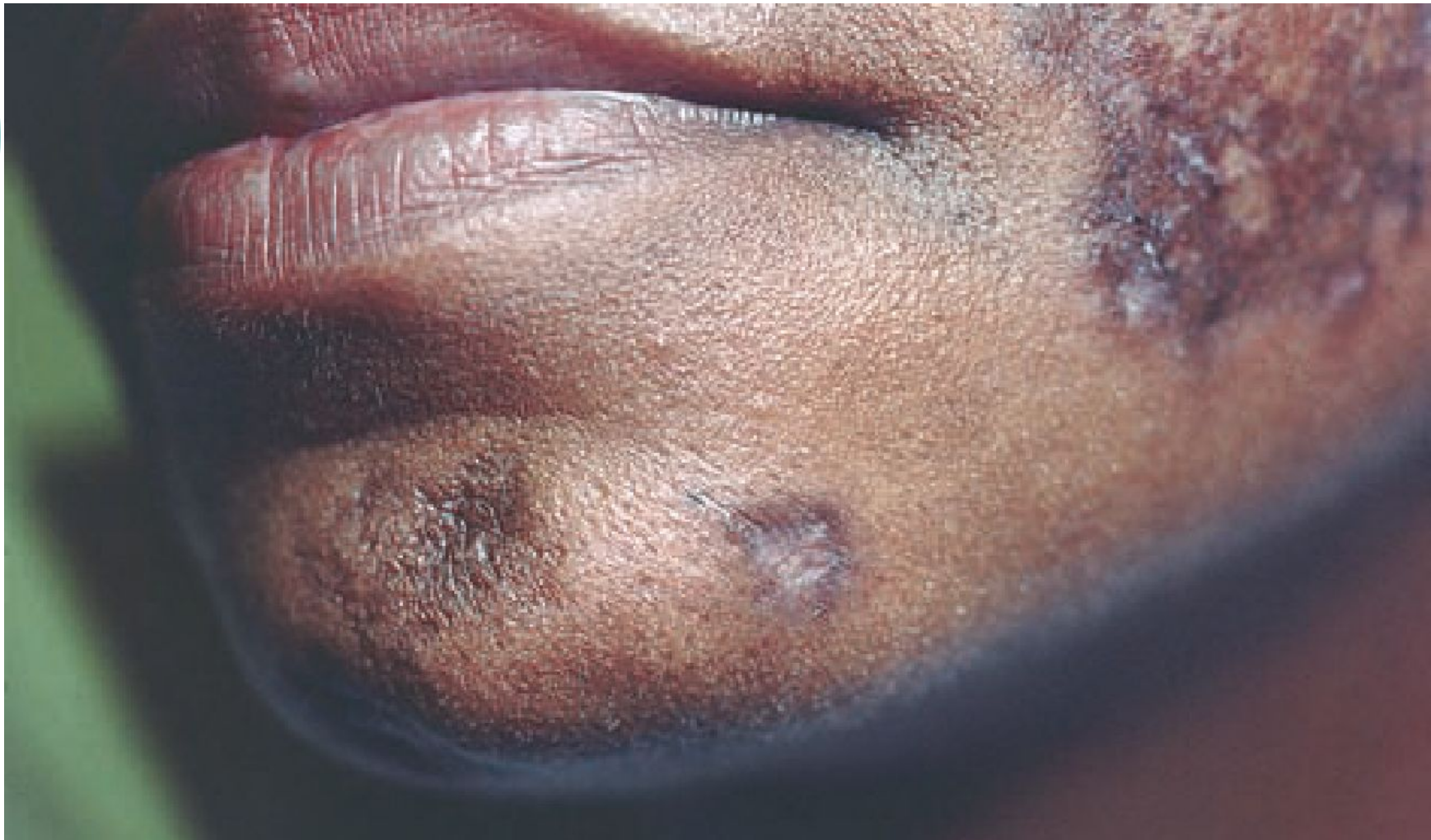
Вторичный период



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период





Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Пятнистый сифилид

Одним из ранних высыпаний во вторичном свежем периоде является розеола — пятно без заметного шелушения, его

размер

составляет 0,5×0,5 мм; эти пятна округлой или эллипсовидной

формы, не сливаются между собой, исчезают при надавливании

стеклом; свежие пятна имеют нежно-розовую окраску. В зрелом

виде цвет их более насыщенный, розово-красный. В период увядания розеолы приобретают желто-розовый оттенок. Продолжительность их существования без лечения — 15–20 дней. Локализуются на боковых поверхностях живота и грудной клетки, спине, коже лба до границы волосистой части головы.

У больных вторичным рецидивным сифилисом розеолезная сыпь с розоватым оттенком, блеклая, ограничивается немногочисленными,

но крупными элементами (8×8 мм или 1,2×1,2

Сифилиды вторичного периода сифилиса

Папулезный сифилид — частое проявление вторичного сифилиса, нередко их наблюдают одновременно.

Различают: лентикулярные, нумулярные (монетовидные), милиарные, вегетирующие папулы и мокнущие гипертрофированные широкие кондиломы.

Сифилиды вторичного периода сифилиса

Везикулезный сифилид

Данная разновидность встречается редко. Сифилид представлен группой пузырьков, расположенных на бляшке красноватого цвета, размер 2×2 см. Пузырьки размером с булавочную головку, имеют серозное содержимое, быстро, в течение нескольких часов, сосыхаются в корочки, в дальнейшем приобретающие слоистый характер.

Сифилиды вторичного периода сифилиса

Пустулезный сифилид

Обычно протекает на фоне длительно существующей интоксикации организма, нередко связанной со злоупотреблением

алкоголем, гиповитаминозом, наркоманией, а также у ВИЧ-инфицированных.

Различают: угревидный, оспенновидный, импетигиозный, эктиматозный и рупиоидный сифилид.

Их отличительная особенность — наличие папулезного инфильтрата вокруг центральной части пустул и корок. Угревидный, оспенновидный и импетигиозный сифилиды чаще возникают при вторичном свежем сифилисе и сочетаются с другими его проявлениями. Сифилитическая эктима и рупия, как правило, симптомы поздних проявлений рецидивного сифилиса.

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Сифилиды вторичного периода сифилиса Эрозивно-язвенный сифилитид слизистых оболочек

Сифилитическое облысение

Сифилитическая лейкодерма

Поражение **лимфатической системы** у больных вторичным сифилисом захватывает главным образом лимфатические узлы.

Наибольшей величины они достигают перед самым появлением первых клинических проявлений вторичного сифилиса, нередко

спустя несколько дней и даже 2 недели после их появления. Дольше всего остаются увеличенными шейные и локтевые лимфатические узлы.

Вторичный период сифилиса продолжается в течение 2 лет

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Вторичный период Диагностика

Третичный период начинается чаще на 3–5-м году болезни и при отсутствии лечения длится до конца жизни больного.

Спустя 2 года и более после заражения, чаще всего у больных с нелеченой сифилитической инфекцией он проявляется на 3–5-м году болезни, но не исключено проявление и через 10–30 лет и более.

Третичный сифилис развивается примерно у **40% больных** на 3–4-м году заболевания и продолжается неопределенно долго.

На коже и слизистых оболочках возникают бугорковые, гуммозные, третичные розеолы.

Его проявления отличаются наибольшей тяжестью, приводят к неизгладимому обезображиванию внешности, инвалидизации и в 10% случаев к смерти.

Для третичного сифилиса характерно волнообразное течение с чередованием активных проявлений в различных органах и тканях (в первую очередь в коже, слизистых оболочках и костях) и длительных латентных состояний.

Третичный период общие признаки сифилидов

Сифилиды третичного периода сифилиса характеризуются следующими общими признаками:

1. низкой контагиозностью;
2. недоброкачественностью течения (склонны к распаду, создавая в ряде случаев угрозу для жизни больных, разрешаются с формированием рубца или рубцовой атрофии);
3. немногочисленностью высыпаний, их асимметричным расположением и группировкой на ограниченных участках;
4. отсутствием признаков острого воспаления;
5. отсутствием субъективных ощущений;
6. изолированным (фокусным) расположением, отсутствием тенденции к периферическому росту;
7. истинным полиморфизмом высыпаний (бугорки, узлы);
8. длительным циклом развития без лечения (4-6 месяцев) и довольно быстрым разрешением после начала специфической терапии.

Бугорковый сифилид

Самое частое проявление третичного периода сифилиса.

Сначала бугорок можно пропальпировать в виде уплотнения

величиной с конопляное зерно, расположенного в дерме, безболезненного и нечетко контурируемого. В дальнейшем размеры его увеличиваются до горошины и больше. Цвет сначала темно-красный, синюшно-красный или желтовато-красный, затем становится буроватым, в зависимости от места расположения и давности существования бугоркового сифилида. Поверхность бугорка гладкая, блестящая, консистенция плотная. Бугорки затем разрешаются, постепенно рассасываясь («сухой» путь) или изъязвляются.

Различают несколько разновидностей бугоркового сифилида — сгруппированный, серпигинирующий, «площадкой» и карликовый.

Гуммозный сифилид (подкожная гумма), формируется в подкожной жировой клетчатке. Разница между гуммой и бугорком фактически заключается в размерах. Появляется узел величиной с кедровый орех, не спаянный с кожей, подвижный, плотный, безболезненный. Затем он увеличивается до размера грецкого ореха, яйца и более, спаивается с окружающей подкожной клетчаткой и кожей, приподнимаясь в виде опухоли. Кожа над гуммой становится красноватой, темно-красной, а в центре — синюшной. Центральная часть истончается, при пальпации можно определить начинающуюся флюктуацию в центре и сохраняющуюся плотность по периферии.

Гуммозная язва округлых очертаний, глубокая, с _____ плотными валикообразными орозоленными каллезными краями. «Гуммозный стержень», плотно спаянный с подлежащей клетчаткой, постепенно отторгается, дно язвы очищается и медленно заполняется грануляциями, завершаясь втянутым звездчатым рубцом.

Отличительная черта — безболезненность на всех этапах.

Локализация гумм чаще всего на передней поверхности голени, бедра, в области грудины, плеча, предплечья, на кистях, носу, на лице, в пахово-бедренной области, на половом члене.

Поражения нервной системы

Нейросифилис принято делить на две основные формы — **ранний мезенхимный** и **поздний паренхиматозный**.

При мезенхимном нейросифилисе выделяют начальный сифилис, наблюдающийся при свежих формах инфекций, и поздний, развивающийся спустя 3 года после заражения. Особое внимание при неврологическом обследовании следует уделять изучению рефлексов, состоянию зрачков, ликвора. Паренхиматозная форма возникает спустя 5–10–15 лет после заражения, характеризуется медленным, длительным течением, дегенеративными изменениями в тканях.

Поражение других органов и систем

Поражение **сердечно-сосудистой системы** (90-94%) не имеет специфических признаков. Может развиваться **миокардит**, сопровождающийся одышкой, легкой утомляемостью, слабостью, головокружением. Появляются аритмии.

В третичном периоде часто формируется

сифилитический

аортит. Он характеризуется колбообразным расширением стенок

аорты выходной части (до 5–6 см при норме 3,5 см) с развитием аневризмы аорты.

Следует помнить о поражении у больных с ранними формами

сифилиса желудка, печени (6%), суставов, носящих доброкачественный характер и исчезающих на фоне специфической терапии.

Диагностика позднего висцерального сифилиса сложна. Затрудняет постановку диагноза отсутствие в анамнезе у 75-80% больных указаний на заболевание сифилисом в прошлом.

Стандартные серологические реакции крови положительны у 50-80% пациентов, подтверждающие – у 94-100%. Однако у некоторых больных поздним висцеральным сифилисом все серологические реакции, включая специфические, могут быть отрицательными.

В сомнительных случаях в качестве диагностического приема используют пробную терапию (*therapia ex juvantibus*).

Микроскопическое исследование нативных препаратов «раздавленная капля» в темном поле микроскопа до настоящего времени является одним из основных методов лабораторной диагностики активных форм сифилиса. Этот метод позволяет рассматривать живую *Tr. pallidum*, анализировать ее морфологию и виды движения.

Серологическая диагностика сифилиса. Все серологические реакции делятся на неспецифические (классические) и специфические, а также на отборочные (скрининговые), диагностические и подтверждающие.

Любая серологическая реакция характеризуется двумя основными признаками – чувствительностью и специфичностью.

Чувствительность реакции – способность выявлять антитела в возможно более низких концентрациях.

Специфичность – степень соответствия положительного результата реакции наличию заболевания.

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Диагностика сифилиса



Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Принципы терапии сифилиса

Ранние формы сифилиса полностью излечимы, если больному проводится терапия, адекватная стадии и клинической форме болезни.

При лечении поздних форм заболевания в большинстве случаев наблюдается клиническое выздоровление или стабилизация процесса.

Излечимость сифилиса подтверждается результатами длительных клинических наблюдений за пациентами, получившими полноценную специфическую терапию: при самом тщательном обследовании у них не обнаруживаются какие-либо проявления заболевания. Женщины, которым было проведено адекватное лечение, рожают здоровых детей. Кроме того, в пользу излечимости сифилиса свидетельствуют часто встречающиеся в настоящее время случаи реинфекций.

Назначать пациенту специфическое лечение можно только в том случае, если диагноз сифилиса обоснован клинически и подтвержден в соответствии с

вышеперечисленными критериями

Исключениями из этого общего правила являются:

1. **Превентивное лечение**, которое проводят с целью предупреждения развития заболевания лицам, имевшим половой или тесный бытовой контакт с больными ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев. Лицам, бывшим в контакте с больными поздними формами сифилиса, превентивное лечение не проводится.
2. **Профилактическое лечение** назначают беременным, болеющим или болевшим сифилисом, но не снятым с учета, с целью предотвращения врожденного сифилиса у ребенка, а также детям, родившимся от матерей, не получавших профилактического лечения во время беременности.
3. **Пробное лечение** (*therapia ex juvantibus*) может быть назначено в целях дополнительной диагностики при подозрении на позднее специфическое поражение внутренних органов, нервной системы, органов чувств, опорно-двигательного аппарата в тех случаях, когда диагноз не представляется возможным подтвердить лабораторными данными, а клиническая картина не позволяет исключить

Лечение первичного сифилиса

Рекомендуемые схемы

- **Бензатин бензилпенициллин (бициллин-1)** 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в 5 дней, № 3, курс лечения 12 дней,
или
- **бензатина бензилпенициллин + бензилпенициллин прокаина** (бициллин 5) 1,5 млн ЕД внутримышечно 2 раза в неделю, № 5, курс лечения 15 дней,
или
- **бензилпенициллин (новокаиновая соль)** 600 тыс. ЕД внутримышечно 2 раза в день в течение 20 дней,
или
- стационарно **бензилпенициллин (натриевая соль)** 1 млн ЕД внутримышечно через каждые 4 ч (6 раз в сутки) в течение 20 дней.

Лечение вторичного и раннего скрытого сифилиса

Рекомендуемые схемы

- **Бензилпенициллин (новокаиновая соль)** 600 тыс. ЕД внутримышечно 2 раза в день в течение 20 дней,
или
- стационарно **бензилпенициллин (натриевая соль)** 1 млн ЕД внутримышечно через каждые 4 ч (6 раз в сутки) в течение 28 дней,
или
- **бензатина бензилпенициллин (бициллин-1)** 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в 5 дней, на курс № 6.

Препаратами выбора для лечения сифилиса в настоящее время остаются антибиотики пенициллиновой группы:

1. Дюрантные (пролонгированные) препараты пенициллина, групповое название бензатина бензилпенициллин (ретарпен, экстенциллин, бициллин-1), – обеспечивают нахождение антибиотика в организме до 18-23 дней.
2. Препараты средней дюрантности (прокаин-бензилпенициллин, новокаиновая соль бензилпенициллина) – обеспечивают нахождение антибиотика в организме до 2 суток.
3. Препараты водорастворимого пенициллина (бензилпенициллина натриевая соль) – обеспечивают нахождение антибиотика в организме в течение 3-6 ч.
4. Комбинированные препараты пенициллина (бициллин-3, бициллин-5) – обеспечивают нахождение антибиотика в

Принципы терапии сифилиса

Наиболее эффективными считаются препараты водорастворимого пенициллина, лечение которыми проводят в стационаре в виде внутримышечных инъекций или внутривенного капельного введения. Объем и продолжительность терапии зависят от давности сифилитической инфекции. Терапевтическая концентрация пенициллина в крови должна составлять 0,03 ЕД/мл и выше.

Для амбулаторного лечения используют дюрантные препараты пенициллина. Их применение удобно в амбулаторных условиях, они достаточно эффективны при ранних формах сифилиса. Тем не менее использование этих препаратов нецелесообразно у пациентов с большой продолжительностью заболевания (1 год и более) и у больных висцеральным и нейросифилисом, так как они не обеспечивают санацию ликвора. В таких случаях более эффективна терапия массивными дозами⁷⁹

водорастворимого пенициллина, вводимого внутримышечно

Принципы терапии сифилиса

При непереносимости препаратов группы пенициллина лечение больных сифилисом проводят **антибиотиками резерва**, имеющими широкий спектр действия – полусинтетическими пенициллинами (ампициллином, оксациллином), доксициклином, тетрациклином, цефтриаксоном (роцефином), эритромицином.

Специфическое лечение сифилиса должно быть полноценным и энергичным. Лекарственные препараты должны назначаться в строгом соответствии с утвержденными инструкциями по лечению и профилактике сифилиса – в достаточных разовых и курсовых дозах, с соблюдением кратности введения и продолжительности курса.

Вопрос о выборе конкретной методики терапии должен решаться индивидуально в зависимости от продолжительности и клинической формы заболевания, переносимости препаратов, возраста и ~~общего~~ общего состояния пациента и наличия сопутствующих заболеваний

По окончании лечения все больные подлежат клинико-серологическому контролю.

В процессе наблюдения пациенты каждые 3-6 месяцев подвергаются тщательному клиническому осмотру и серологическому обследованию.

Длительность клинико-серологического контроля зависит от результатов лечения.

Особенности иммунитета

Врожденного, естественного, иммунитета к сифилису не существует. Это значит, что сифилисом может заболеть каждый; приобретенного иммунитета к сифилису, не возникает (человек, вылечившийся от сифилиса, может снова заразиться им). Описаны многочисленные случаи неоднократных повторных заражений сифилисом (реинфекция).

При заболевании сифилисом в организме возникает состояние, которое принято называть **нестерильным**, или **инфекционным иммунитетом**. Эта форма иммунитета характеризуется резистентностью (невосприимчивостью) к новому заражению сифилисом до тех пор, пока в организме находится возбудитель болезни. Несмотря на наличие при сифилисе инфекционного иммунитета, при нем возможна и суперинфекция. Это обычно наблюдается лишь в те относительно небольшие промежутки, когда напряженность иммунитета не достигла еще

Скрытый сифилис

Период течения болезни, характеризующийся отсутствием у пациента клинических признаков заболевания при наличии положительных серологических реакций.

Различают:

сифилис скрытый ранний со сроком инфицирования до 2 лет, **сифилис скрытый поздний** — более 2 лет, **сифилис скрытый неуточненный**, когда сроки заражения определить невозможно.

Гонорея – распространенное инфекционное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем.

Гонококковая инфекция (гонорея) — инфекционное заболевание с ярко выраженными симптомами, вызываемое гонококками. Гонококковое воспаление сопровождается дегенеративными и инфильтративными процессами слизистой оболочки органов урогенитальной системы, прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы. В воспалительный процесс могут вовлекаться парауретральные и бульбоуретральные (куперовы) железы, семенные пузырьки, яички и их придатки, семявыносящие протоки, большие вестибулярные железы, стенки матки, яичники, маточные трубы и другие органы. В прогрессированной фазе воспаления в подслизистом слое образуется инфильтрат из лимфоидных элементов, который может замещаться рубцовой тканью.

Коды по МКБ-10

Гонорея

A54.0. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез (включает уретрит, цистит, вульвовагинит, цервицит).

A54.1. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез (включает гонококковый абсцесс больших вестибулярных желез).

A54.2. Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (включают эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин).

A54.3. Гонококковая инфекция глаз (включает конъюнктивит, иридоциклит, гонококковую офтальмию новорожденных).

A54.4. Гонококковая инфекция костно-мышечной системы (включает артрит, бурсит, остеомиелит, синовит, теносиновит).

A54.5. Гонококковый фарингит.

A54.6. Гонококковая инфекция аноректальной области.

A54.8. Другие гонококковые инфекции (включают абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Гонорея эпидемиология

Гонорея является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем. Ежегодно в мире регистрируется около 60 млн случаев этого заболевания.

В Российской Федерации после некоторого снижения уровня заболеваемости гонореей с 1993 по 1998 г. (с 230,9 до 103 случаев на 100 тыс. населения) в 2000 г. был вновь зарегистрирован ее подъем (до 126,2 случая на 100 тыс. населения).

Начиная с 2001 г. и по настоящее время отмечается снижение заболеваемости гонококковой инфекцией: в 2008 г. ее уровень составил 56,4 случая на 100 тыс. населения. Вместе с тем он значительно превышает показатели заболеваемости стран Западной Европы.

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Гонорея этиология

Возбудитель заболевания — ***Neisseria gonorrhoeae***, грамотрицательный диплококк, представляющий собой бобовидной формы, неподвижный, не образующий спор гноеродный микроорганизм, открытый Нейссером в 1879 г.

Длина гонококка колеблется от 1,25 до 1,6 мкм, ширина — от 0,7 до 0,8 мкм. Гонококки окружены капсулоподобным образованием, вследствие чего они не соприкасаются между собой. При электронно-микроскопическом исследовании в сканирующем микроскопе у гонококка различают пили — тонкие нити, которые обуславливают его вирулентные свойства и передачу генетической информации, а также колбовидные вздутия, связанные с наружной стенкой. Гонококки способны переходить из непилерованного в пилерованное состояние и обратно, регулируемое различными типами гонококковых протеинов.

Инфицирование *N. gonorrhoeae* происходит у взрослых поло-

вым путем (при любых формах половых контактов с больным гонореей);

у детей — при прохождении через родовые пути больной матери, при прямом половом контакте; в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми.

Гонококки прочно фиксируются на эпителиальных клетках слизистой оболочки с помощью пилей, вызывая воспалительную реакцию.

Гонококк перемещается по слизистой оболочке мочеполовых органов или по лимфатическим сосудам в более отдаленные отделы мочеполового тракта: в заднюю уретру, предстательную железу, семенные пузырьки, придатки яичек, фаллопиевы трубы, яичники и т.д.

Возможен также ретроградный занос гонококков в полость матки или придаток яичка.

Иногда наблюдается гематогенная диссеминация гонококков, приводящая к гонококковому сепсису, сопровождающаяся септициемией и септикопиемией.

Локализованная гонококковая инфекция

- **Гонококковый уретрит , цервицит , вульвовагинит,** проявляющийся гнойными или слизисто-гнойными выделениями

из половых путей, с зудом/жжением в области наружных половых органов, диспареунией (болезненностью во время полового акта), дизурией (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании), дискомфортом или болью в области

нижней части живота.

- **Гонококковый проктит** : зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или красноватого цвета из прямой кишки.

- **Гонококковый фарингит** : чувство сухости в глотке и боль,

усиливающаяся при глотании, осиплость голоса.

- **Гонококковая инфекция структур глаза:** резкая болезненность, слезотечение, отечность век, светобоязнь, обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

- Более чем у 50% женщин отмечается субъективно **асимптомное течение заболевания.** Гонококковый фарингит

Гонококковая инфекция с системными проявлениями

- **Симптомы общей интоксикации** (повышение температуры тела, общая слабость, утомляемость, повышение СОЭ при клиническом исследовании крови).
- **Гонококковый вестибулит**: незначительные слизисто-гнойные выделения, болезненность и отечность протоков вестибулярных желез.
- **Гонококковый сальпингоофорит**: боль в области нижней части живота схваткообразного характера, гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла.
- **Гонококковый эндометрит**: боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении эндометрита субъективные проявления менее

- **Гонококковый эпидидимит**: резкая болезненность в области проекции придатка яичка и паховой области, дизурия, гнойные выделения из мочеиспускательного канала, диспареуния
- **Гонококковый эпидидимоорхит**: гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижнюю часть живота, в область мошонки; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца.
- **Гонококковый простатит**: боль в промежности и нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия.
- **Гонококковый парауретрит**: дизурия, гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, диспареуния, болезненность в области выводных протоков желез.
- При **диссеминированной гонорее** у ⁹²больных обоего

Объективные проявления заболевания

Локализованная гонококковая инфекция

- Гонококковый уретрит, цервицит, вульвовагинит: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, вульвы, влагалища, шейки

матки; слизисто-гнойное или гнойное отделяемое из уретры, цервикального канала; эрозии слизистой оболочки шейки матки.

- Гонококковый проктит: гиперемия кожных покровов и складок анального отверстия, слизисто-гнойное отделяемое из прямой кишки.

- Гонококковый фарингит: гиперемия и отечность слизистой

оболочки ротоглотки и миндалин с зернистой поверхностью и пленчатыми наложениями (в большинстве наблюдений протекает бессимптомно).

- Гонококковое инфицирование структур глаза: отечность век, гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек

Гонококковая инфекция с системными проявлениями

- **Гонококковый вестибулит:** гиперемия вокруг _____ наружных отверстий протоков вестибулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации.

- **Гонококковый эндометрит:** при остром течении процесса определяется болезненная, увеличенная в размерах матка мягкой консистенции; при хронизации процесса отмечаются плотная консистенция и ограниченная подвижность матки.

- **Гонококковый сальпингофорит:** при остром течении процесса — увеличенные, резко болезненные маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, при хроническом течении — незначительная болезненность, уплотнение маточных труб.

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

- **Гонококковый пельвиоперитонит:** резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяются напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины; бимануальное гинекологическое обследование затруднено из-за резкой болезненности.
- **Гонококковый эпидидимоорхит:** при пальпации определяется увеличенный, плотный и болезненный придаток яичка.
- **Гонококковый простатит:** при пальпации определяется болезненная, уплотненная предстательная железа.
- **Гонококковый парауретрит:** наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области парауретральных желез.
- Объективные клинические проявления при диссеминированной гонорее у больных обоего пола зависят от топического диагноза.

Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований — обнаружении

N. gonorrhoeae, грамотрицательных диплококков с типичными

морфологическими и тинкториальными свойствами с помощью

одного из методов:

- микроскопического исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму;
- культурального исследования.

Показанием к проведению лечения является обнаружение *N. gonorrhoeae* при микроскопическом и/или культуральном исследовании, а также выявление гонококковой инфекции у полового партнера. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным и проводится по тем же схемам.

Антибактериальное лечение больному гонореей назначается после установления диагноза, в ряде случаев — по эпидемиологическим показаниям до получения результатов лабораторных исследований с дальнейшим подтверждением диагноза одним из методов.

Показаниями к стационарному лечению являются:

- осложненное течение гонококковой инфекции (воспалительный процесс органов малого таза, диссеминированная гонококковая инфекция);
- необходимость проведения дополнительного специального обследования (например, лапароскопии);
- случаи заболевания, угрожающие течению беременности.

Необходимо проинформировать врача о половых партнерах за последние 60 дней и сообщить им о необходимости обследования.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным и проводится по тем же схемам.

В период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления критерия излеченности.

Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Спасибо за
внимание!