

# Вторичный сифилис

Выполнила: Серік К.

# Вторичный сифилис

- **Вторичный сифилис** - стадия течения сифилиса, наступающая после первичного периода сифилиса и характеризующаяся генерализованным распространением возбудителя сифилиса (бледной трепонемы) по организму.

При вторичном сифилисе происходит распространение инфекции в организме по лимфатическим и кровеносным сосудам, соответственно вторичный период сифилиса характеризуется разнообразными клиническими проявлениями в виде локализованных или диффузных поражений кожи и слизистых оболочек (розеолы, папулы, пустулы), генерализованной лимфаденопатии и поражения внутренних органов - т.е. там, где произошла локализация спирохет. Начинается через 3-4 месяца после заражения и может продолжаться в течении нескольких лет, чередуясь с о скрытым ранним сифилисом - в течении нескольких месяцев наблюдаются высыпания, которые самопроизвольно исчезают и спустя некоторое время появляются вновь.



# Причины Вторичного сифилиса

- Возбудителем сифилиса является **бледная трепонема (*Treponema pallidum*)**, принадлежащая к порядку Spirochaetales, семейству Spirochaetaceae, роду *Treponema*. Морфологически бледная трепонема (бледная спирохета) отличается от сапрофитирующих спирохет (*Spirochetes buccalis*, *Sp. refringens*, *Sp. balanitidis*, *Sp. pseudopallida*). Под микроскопом бледная трепонема представляет собой спиралевидный микроорганизм, напоминающий штопор. Она имеет в среднем 8-14 равномерных завитков равной величины. Общая длина трепонемы варьирует от 7 до 14 мкм, толщина - 0,2-0,5 мкм. Для бледной трепонемы характерна выраженная подвижность в отличие от сапрофитирующих форм. Ей присущи поступательное, качательное, маятникообразное, контрактильное и ротаторное (вокруг своей оси) движения. С помощью электронной микроскопии выявлено сложное строение морфологической структуры бледной трепонемы. Оказалось, что трепонема покрыта мощным покровом из трехслойной мембраны, клеточной стенки и мукополисахаридного капсулоподобного вещества. Под цитоплазматической мембраной расположены фибриллы - тонкие нити, имеющие сложное строение и обуславливающие многообразное движение. Фибриллы прикрепляются к концевым виткам и отдельным участкам цитоплазматического цилиндра с помощью блефаропластов.

Цитоплазма мелкогранулярная, в ней находятся ядерная вакуоль, ядрышко и мезосомы. Установлено, что разнообразные влияния экзо- и эндогенных факторов (в частности, ранее применявшиеся препараты мышьяка, а в настоящее время - антибиотики) оказали воздействие на бледную трепонему, изменив некоторые ее биологические свойства.

Так, оказалось, что бледные трепонемы могут превращаться в цисты, споры, L-формы, зерна, которые при снижении активности иммунных резервов больного могут реверсировать в спиралевидные вирулентные разновидности и вызывать активные проявления болезни. Антигенная мозаичность бледных трепонем доказана наличием в сыворотке крови больных сифилисом множественных антител: протеиновых, комплементсвязывающих, полисахаридных, реагинов, иммобилизинов, агглютининов, липоидных и др.



С помощью электронного микроскопа установлено, что бледная трепонема в очагах поражения чаще располагается в межклеточных щелях, периэндотелиальном пространстве, кровеносных сосудах, нервных волокнах, особенно при ранних формах сифилиса. Нахождение бледных трепонем в периаппендитах еще не является доказательством поражения нервной системы. Чаще подобное обилие трепонем имеет место при явлениях септицемии. В процессе фагоцитоза часто возникает состояние эндоцитобиоза, при котором трепонемы в лейкоцитах заключаются в полимембранную фагосому. Факт заключения трепонем в полимембранных фагосомах - явление весьма неблагоприятное, так как, находясь в состоянии эндоцитобиоза, бледные трепонемы длительно сохраняются, защищенные от воздействия антител и антибиотиков. В то же время клетка, в которой образовалась такая фагосома, как бы защищает организм от распространения инфекции и прогрессирования болезни. Это зыбкое равновесие может сохраняться длительно, характеризуя латентное (скрытое) течение сифилитической инфекции.

Экспериментальные наблюдения Н.М. Овчинникова и В.В.

Делекторского согласуются с работами авторов, которые считают, что при заражении сифилисом возможно и длительное бессимптомное течение (при наличии в организме больного L-форм бледных трепонем) и «случайное» обнаружение инфекции в стадии скрытого сифилиса (*lues latens seropositiva*, *lues ignorata*), т. е. в период наличия трепонем в организме, вероятно, в виде цист-форм, которые обладают антигенными свойствами и, следовательно, приводят к выработке антител; это подтверждается положительными серологическими реакциями на сифилис в крови больных без видимых клинических проявлений болезни. Кроме того, у некоторых больных обнаруживают стадии нейро- и висцеросифилиса, т. е. болезнь развивается как бы «минуя» активные формы.

Для получения культуры бледных трепонем необходимы сложные условия (специальные среды, анаэробные условия и др.). Вместе с тем культуральные трепонемы быстро теряют морфологические и патогенные свойства. Кроме указанных выше форм трепонем, предполагалось существование зернистых и невидимых фильтрующихся форм бледных трепонем.

Вне организма бледная трепонема весьма чувствительна к внешним воздействиям, химическим веществам, высыханию, нагреванию, влиянию солнечных лучей. На предметах домашнего обихода бледная трепонема сохраняет свою вирулентность до высыхания. Температура 40-42°C сначала повышает активность трепонем, а затем приводит к их гибели; нагревание до 60°C убивает их в течение 15 мин., а до 100°C - моментально. Низкие температуры не оказывают губительного влияния на бледную трепонему, и в настоящее время хранение трепонем в бескислородной среде при температуре от -20 до -70°C или высушенных из замороженного состояния является общепринятым методом сохранения патогенных штаммов.





# Патогенез (что происходит?) во время Вторичного сифилиса

- Реакция организма больного на внедрение бледной трепонемы сложна, многообразна и недостаточно изучена. Заражение происходит в результате проникновения бледной трепонемы через кожу или слизистую оболочку, целостность которых обычно нарушена. Однако ряд авторов допускают возможность внедрения трепонемы через неповрежденную слизистую оболочку. В то же время известно, что в сыворотке крови здоровых лиц имеются факторы, обладающие иммунизирующей активностью по отношению к бледным трепонемам. Наряду с другими факторами они дают возможность объяснить, почему при контакте с больным человеком не всегда отмечается инфицирование. Отечественный сифилидолог М.В. Милич на основании собственных данных и анализа литературы считает, что заражение может не наступить в 49-57% случаев. Разброс объясняется частотой половых контактов, характером и локализацией сифилидов, наличием входных ворот у партнера и количеством бледных трепонем, проникших в организм. Таким образом, важным патогенетическим фактором в возникновении сифилиса является состояние иммунной системы, напряженность и активность которой варьирует в зависимости от степени вирулентности инфекции. Поэтому дискутируется не только возможность отсутствия заражения, но и возможность самоизлечения, которое считается теоретически допустимым.

# Симптомы Вторичного сифилиса

- **Симптомы вторичного периода сифилиса** чрезвычайно разнообразны. Не даром французские сифилидологи 19 века называли сифилис "великой обезьяной" из-за его схожести со многими заболеваниями кожи.

## **Общие признаки высыпаний при вторичном периоде сифилиса:**

- Отсутствие субъективных ощущений (зуда, болезненности).
- Плотность элементов.
- Темно-красная окраска.
- Четкие правильные округлые или круглые очертания элементов без склонности к слиянию.
- Невыраженность шелушения поверхности (чаще отсутствует, а если встречается - то отмечается по периферии очага).
- Склонность к самопроизвольному исчезновению без атрофии и рубцевания.

Наиболее часто встречаются следующие проявления вторичного сифилиса: розеолезный сифилид, папулезный сифилид, включая ладонно-подошвенную форму, широкие кондиломы, сифилитическая лейкодерма, сифилитическая ангина, сифилитическое облысение.

Вторичный сифилис начинается через 2-4 месяца после заражения и может длиться от 2 до 5 лет.

Вторичный сифилис поражает уже все органы и системы больного.

Основным симптомом вторичного сифилиса является возникновение сыпи, распространяющейся по всему телу, включая ладони и подошвы.

Высыпания на коже и слизистых могут сопровождаться симптомами, напоминающими грипп: головной болью, ломотой в теле, повышением температуры.



# Сыпь при вторичном сифилисе может быть:

- - **Розеолезной (пятна розового или красного цвета).**

Состоит из сифилитических розеол - отдельных розовых или розовато-красных пятен округлой формы и диаметром от 3 до 10-12 мм, вызванных нарушениями кровеносных сосудов. Розеолы имеют неправильную округлую форму, пятна на коже и слизистых расположены беспорядочно, в основном на туловище, реже на конечностях, иногда на лбу и тыльной стороне кистей и стоп. Розеолы не возвышаются над уровнем кожи, не шелушатся, обычно не зудят, при надавливании бледнеют или даже исчезают на несколько секунд.

Впрочем, необходимо заметить, что бывают другие разновидности сифилитической розеолы: фолликулярная или зернистая (возвышающаяся над уровнем кожи) розеола и шелушащаяся розеола.

Розеолезная сыпь во вторичном периоде сифилиса является характерным симптомом сифилиса и наблюдается очень часто - у 75-80% больных. Без лечения сифилиса розеолезная сыпь сама бесследно исчезает через 2-3, иногда 5-6 недель. В дальнейшем возможны рецидивные, то есть повторные высыпания розеол. В отличие от высыпаний первой волны, для повторных розеол характерны более скудные высыпания, бледная окраска пятен, их большая величина. Розеолы второй волны часто группируются, образуя кольцеобразные или дугообразные высыпания.

## **-Узелковая сыпь (или папулезная).**

Кроме розеолезных пятен сыпь первой волны вторичного сифилиса может иметь вид узелков, а иногда эти два вида высыпаний - пятна и узелки - сочетаются. Узелковая сыпь в венерологии носит название папулезной. Почему? Потому что составляющие ее плоские узелковые образования округлой формы, выступающие над уровнем кожи, называются папулами или папулезными сифилидами.

Папулы в практике венерологов подразделяются на несколько основных видов, в зависимости от их размера: чечевицеобразные, просовидные, монетовидные и бляшковидные. Они различаются по размеру, по своему виду и по месту высыпания. Папулы часто располагаются не только на коже, но и на слизистых: полости рта, зева, гортани, на миндалинах, мягком небе, губах, языке, деснах. Папулезные сифилиды постоянно разрастаются и могут сливаться между собой, образуя значительной величины резко отграниченные бляшки фестончатых очертаний.



Папулы, расположенные в пахово-бедренной и межягодичной складках, между пальцами ног, под молочными железами, то есть в местах с повышенной потливостью и постоянно подверженных трению, постепенно переходят в мокнущую эрозию. В отделяемой из эрозии жидкости содержится огромное количество бледных трепонем. Поэтому больные с высыпаниями во рту, на половых органах, промежности особенно заразны. В этом случае сифилис может передаваться не только половым путем, но и через любые близкие контакты - поцелуи, рукопожатия, пользование общими предметами быта (например, посудой).

Вообще следует отметить, что кожные высыпания при сифилисе могут отличаться крайним разнообразием, как по характеру сыпи, так и по ее месторасположению, обильности, длительности.

Одна из проблем при постановке правильного диагноза вторичного сифилиса заключается в том, что сифилиды (кожные сифилитические высыпания) могут в разных случаях быть похожи на проявления самых разных заболеваний, также сопровождающихся сыпью. Поэтому при обследовании больного с кожными высыпаниями любого характера и локализации, дерматологи в первую очередь берут анализ крови на реакцию Вассермана для того, чтобы подтвердить или исключить сифилитическое происхождение высыпаний. Высыпания при сифилисе обычно проходят в несколько «волн», между которыми сифилис протекает бессимптомно.

**К другим симптомам вторичного сифилиса можно отнести:**

**- Сифилитическое облысение.** У 15-20% больных вторичным сифилисом происходит выпадение волос. Облысение больного при сифилисе может быть диффузным (то есть распространяться на довольно большой участок, чаще всего на волосистой части головы) или мелкоочаговым.

О мелкоочаговом облысении говорят, в случае появления у больного множества мелких очагов облысения неправильных округлых очертаний, беспорядочно разбросанных по голове, особенно в области висков и затылка.

Диффузное сифилитическое облысение бывает сложно диагностировать из-за того, что характер выпадения волос типичен для облысения по самым разным причинам. Напротив, мелкоочаговое облысение при сифилисе - яркий и показательный симптом, особенно это касается мелкоочагового облысения бровей. При сифилитическом облысении кожа больного не воспалена, не зудит и не шелушится, выпадение волос происходит безболезненно. Выпадение волос может начаться через 3-6 месяцев после заражения, причем выпадают не только волосы на голове, но и ресницы, волосы бровей, усов, бороды. В процессе лечения сифилиса волосы отрастают опять, и это свидетельствует о том, что лечение проходит успешно.



## **-Пятнистая лейкодерма**

Нередкой особенностью вторичного сифилиса у женщин может стать так называемое «ожерелье Венеры» или (пигментный сифилид). Это обесцвечивание кожи на задней и боковых поверхностях шеи, которое появляется на 4-6 месяце после заражения.

Впрочем, сифилитическая лейкодерма может появляться не только на шее, но и на груди, спине, животе, в области поясницы, иногда на руках или спереди подмышечных впадин.

Обесцвеченные пятна размером 3-10 мм в диаметре, окружённые более темными, чем обычный цвет кожи, участками, могут без изменения существовать даже на фоне противосифилитического лечения в течение нескольких месяцев или даже лет.

Сифилитическая лейкодерма никогда не шелушится, не сопровождается воспалениями и не вызывает никаких болезненных ощущений.

## **- Осиплость голоса**

Может быть в случае поражения сифилисом голосовых связок.



# Диагностика Вторичного сифилиса

- Диагноз ставиться на основании клинической картины и лабораторного подтверждения любым из нижеперечисленных методов:

- Исследование в темном поле
- МР
- РИФ, ИФА, РПГА

Необходимо учитывать, что хотя в современной классификации нет деления первичного сифилиса на серонегативный и серопозитивный, в течении 7-14 дней серологические тесты могут быть отрицательными.



# Лечение Вторичного сифилиса

- Касаясь лечения сифилиса, нельзя не отметить несколько негативных тенденций, которые мы, как практикующие врачи, часто наблюдаем в последнее время. К сожалению, нередки случаи, когда первичный и даже вторичный сифилис пытаются лечить "одним-двумя" уколами. И грешат этим не столько частные врачи, сколько государственные кожно-венерические диспансеры, которым просто некогда заниматься с каждым больным, получая при этом бюджетный оклад. При этом не проводится ни иммуностимуляция больного, ни даже витаминотерапия. Все это приводит к появлению в организме больного таких форм бактерий, которые нечувствительны к антибиотикам, или возникновению серорезистентности, то есть состояния, когда в анализах крови пациента длительное время (и даже пожизненно) сохраняется высокий титр антител. Безусловно, наиболее эффективно лечение сифилиса водорастворимыми пенициллинами, так как при этом в крови поддерживается постоянная необходимая концентрация антибиотика. Но такое лечение можно проводить только в условиях стационара, так как при этом требуется введение препарата каждые три (!) часа в течение как минимум 24 дней.