

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Зав. кафедрой



д.м.н., профессор Карачева Ю. В.

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Диагностика и лечение сифилиса.

Специальность: Дерматовенерология

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В. И.
Прохоренкова

Фамилия: Гайнутдинова

Имя: Ангелина

Отчество: Олеговна

2019 год

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....стр.1
2. Серологическая диагностика сифилиса.....стр.2-6
3. Принципы и методы лечения сифилиса.....стр.7-11
4. Список литературы.....стр.12

ВВЕДЕНИЕ

Сифилис (устар.: люэс) — хроническое системное венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы с последовательной сменой стадий болезни, вызываемое бактериями вида *Treponema pallidum* (бледная трепонема) подвида *pallidum*, относящимся к роду трепонем (*Treponema*) порядка Спирохеты (*Spirochaetales*).

В целом все случаи заболевания сифилисом можно разделить на следующие группы:

- Первичный сифилис
- Вторичный сифилис
 - вторичный ранний сифилис
 - вторичный поздний сифилис
- Третичный сифилис
- Врождённый сифилис

Согласно данной, традиционной клинической классификации все формы сифилиса разделяются на ранние и поздние формы. Для ранних форм характерны высокая степень контагиозности, реакция Вассермана с яркоположительным результатом (++++) и бесследное разрешение сифилидов, для поздних — меньшая контагиозность, калечащие сифилиды, поражающие и необратимо разрушающие не только кожу и слизистые, но также скелет, внутренние органы (сифилитическая эктима, рупия, гумма) и ЦНС, и малая степень выраженности реакции Вассермана (+, редко ++). Для врождённого сифилиса характерны те же черты, что для позднего сифилиса в сочетании с пренатальным поражением и недоразвитием органов и систем.

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА

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).
- Реакция Вассермана (RW, RB)
- Реакция Вассермана основана на феномене связывания комплемента. Для ее постановки используют кардиолипидный антиген, являющийся холестеринизированным спиртовым экстрактом из мышц бычьего сердца и обладающий сходными антигенными свойствами с бледной трепонемой. Комплемент связывается комплексом (липоидный антиген и реагин испытуемой сыворотки). Для индикации образовавшегося комплекса используют гемолитическую систему (эритроциты барана и гемолитическая сыворотка). В группу КСР кроме реакции связывания комплемента, с кардиолипидным и трепонемным антигенами, включена реакция на стекле (экспресс-метод). Выраженность гемолиза при RB обозначается плюсами:
 - резко положительная — 4 +;
 - положительная — 3 +;
 - слабоположительная — 2 + или 1 +;
 - отрицательная — -.

КСР становятся положительными в конце 3-й или в течение 4-й недели после появления твердого шанкра. Эти реакции бывают резко положительными и в значительном разведении сывороток практически у всех больных вторичным свежим (98—99%), вторичным рецидивным (100%), третичным активным (70—80%) и третичным скрытым (50—60%) сифилисом. Однако КСР не является строго специфичным комплексом реакций для сифилиса. Они могут оказаться положительными у больных лепрой, туберкулезом, бруцеллезом, малярией, красной волчанкой, а также при пневмонии, заболеваниях печени, онкологических болезнях, после приема алкоголя, жирной пищи, во время беременности, особенно во второй ее половине, а также в течение первых 2 нед. после родов. С возрастом количество неспецифических ложноположительных результатов КСР увеличивается.

Для обоснованного диагноза сифилиса наряду с данными КСР учитываются клинические данные, результаты исследования на бледную трепонему в манифестных проявлениях первичного и вторичного сифилиса, данные других серологических реакций — РИБТ и РИФ.

- РИБТ основана на феномене обездвиживания бледных трепонем антителами типа иммобилизинов, имеющимися в сыворотке крови больных сифилисом. 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,
 - слабо положительная — от 31 до 50%,
 - сомнительная — от 21 до 30%
 - 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 и 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. Особенное значение имеет РИБТ при распознавании ложноположительных результатов КСР у беременных.

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. 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 окружёнными 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 клинко-диагностических лабораториях соматических больниц.

Для диагностики сифилиса можно использовать и другие методы:

- иммуноферментный анализ (ИФА)
- реакция микропреципитации (РМП)
- реакция пассивной гемагглютинации (РПГА)

При проведении клинко-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, меченной ферментом. Чувствительность и специфичность ИФА аналогичны РИФ.

Реакция пассивной гемагглютинации (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 их 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.

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА

Лечение больных сифилисом осуществляется в соответствии со специальной инструкцией. Препараты, назначаемые для лечения больных сифилисом, называются специфическими противосифилитическими средствами. Их назначают после установления диагноза и обязательного его подтверждения лабораторными исследованиями. Лечение рекомендуется начинать как можно скорее (при ранних активных формах сифилиса — в первые 24 ч). Чем раньше начато лечение, тем благоприятнее прогноз и эффективнее результаты лечения. Инструкцией предусмотрены следующие виды лечения противосифилитическими препаратами:

1. Специфическое лечение больных сифилисом с подтвержденным диагнозом.
2. Превентивное лечение лиц, находившихся в тесном бытовом или половом контакте с больными сифилисом, проводится, если с момента контакта прошло не более 2 мес. По истечении 2 мес. превентивное лечение не проводится, а данное лицо ставится на ежемесячный клинико-серологический контроль в течение 4 мес.
3. Профилактическое лечение с целью профилактики врожденного сифилиса проводится в отношении беременных, болевших в прошлом сифилисом, получивших полноценную терапию, но не снятых с учета, а также беременных, которые получили полноценное противосифилитическое лечение и сняты с учета по поводу сифилиса. Новорожденным назначают лечение как профилактическое в случаях, если они родились без клинических и серологических симптомов сифилиса от матерей, неполноценно лечившихся, в прошлом или не успевших получить полностью профилактическое лечение во время беременности.
4. Пробное лечение (*ex juvantibus*) назначают лицам, у которых клиническая картина позволяет подозревать наличие поздних третичных сифилитических поражений кожи, костей, суставов,

внутренних органов и нервной системы, а лабораторные серологические исследования (КСР, РИБТ и РИФ) не могут подтвердить или отвергнуть такой диагноз, а клиника не позволяет исключить возможность сифилиса.

5. Больные гонореей с невыявленными источниками заражения в случае невозможности установить за ними диспансерное наблюдение (лица без определенного места жительства, работы и ведущие аморальный образ жизни и т.д.) подлежат превентивному противосифилитическому лечению в условиях стационара. В тех случаях, когда госпитализация этих больных не представляется возможной, превентивное лечение проводится амбулаторно одним из дюрантных препаратов пенициллина.

Допускается проведение так называемого эпидемиологического лечения, заключающегося в том, что при наличии очевидных клинических симптомов сифилиса, положительной микрореакции преципитации и соответствующего эпиданамнеза, лечение начинают немедленно, не ожидая результатов серологических реакций, подтверждающих диагноз.

Препараты для лечения сифилиса:

Начиная с 1943 г. и по настоящее время, пенициллин и его соли является препаратами первого выбора для регулярного лечения больных сифилисом. За более чем полувековую историю применения пенициллина чувствительность к нему бледной треномемы остается по-прежнему высокой и нет серьезных доказательств, свидетельствующих о скором наступлении ее изменений. Однако у пенициллина имеются и определенные недостатки, к которым прежде всего следует отнести проблему лечения больных с повышенной чувствительностью или непереносимостью антибиотика, хотя число зарегистрированных случаев анафилаксии при введении пенициллина составляет всего 0,4%.

Пенициллин в применяемых дозах не способен проникать через гематобиологические барьеры, что затрудняет его применение в обычных

концентрациях для лечения больных с поздними формами сифилиса (включая поздние рецидивы), в особенности при поражениях нервной системы и внутренних органов. В подобных случаях прибегают к введению или массивных доз пенициллина или одновременно с пенициллином назначают препараты блокирующие его выведение почками.

В связи с этим, возникла необходимость создания резервных методов лечения, которые, обладая высокой эффективностью, были бы свободны от недостатков, присущих пенициллину.

К настоящему времени в качестве резервных препаратов для лечения сифилиса признаны следующие антибиотики не пенициллинового ряда: тетрациклин (доксциклин), эритромицин, азитромицин (сумамед), цефтриаксон.

Тетрациклиновые препараты эффективны при лечении раннего сифилиса, однако их применение ограничено у беременных женщин из-за взаимодействия с эмбриональными костными тканями, которые становятся более хрупкими.

Эритромицин также достаточно эффективен при лечении первичного, и вторичного сифилиса, однако, известно гепатотоксическое действие этого препарата. Это ограничивает его применение у лиц с патологией печени.

Азитромицин (сумамед) стал применяться относительно недавно, отмечена его эффективность при свежих формах сифилиса, однако, для окончательного суждения требуется накопление клинического опыта. Следует упомянуть, что ни один из перечисленных препаратов не проникает через гематоэнцефалический барьер, а прием осуществляется в течение длительного периода времени. Вот почему, поиск новых резервных методов лечения больных сифилисом все время продолжается.

В 1982 г в соответствии с рекомендациями ВОЗ для лечения больных сифилисом стали применять некоторые цефалоспорины, в том числе цефтизоксим и цефтриаксон. Основанием для этого явились успешные опыты по лечению экспериментального сифилиса у кроликов, а также

наблюдение реакции Герксгеймера у больного гонореей и, одновременно, скрытым сифилисом после введения цефтриаксона. Важной особенностью цефтриаксона является способность проникать в ткани и полости организма, в том числе в спинномозговой канал, при отсутствии тератогенного действия. Все это является достаточным основанием для использования цефтриаксона при лечении больных различными формами сифилиса, включая скрытые и поздние, а также поражения нервной системы. С учётом нынешней эпидемиологической ситуации с заболеваемостью в России, именно эти клинические формы будут превалировать в будущем в структуре заболеваемости люэсом.

Схемы лечения сифилиса:

Лечение проводят амбулаторно бициллином-1, бициллином-3 или бициллином-5 в разовых дозах соответственно 1 200 000 ЕД, 1 800 000 ЕД или 1 500 000 ЕД 2 раза в неделю; на курс 4 инъекции.

Можно использовать импортный бензатил-бензилпенициллин (экстенциллин, ретерпен или др.). Достаточно одной инъекции в дозе 2 400 000 ЕД.

В условиях стационара для превентивного лечения можно применять натриевую или калиевую соль пенициллина по 400 000 ЕД на инъекцию 8 раз в сутки (через 3 ч) на протяжении 14 дней. Возможно также применение новокаиновой соли пенициллина по 600 000 ЕД 2 раза в сутки, также в течение 14 дней.

Лицам, у которых с момента контакта с больным сифилисом прошло от 2 до 4 мес., проводят двукратно клинико-серологическое обследование (с исследованием КСР, РИТ, РИФ) с интервалом в 2 мес. Если с момента контакта прошло более 4 мес., показано однократное клинико-серологическое обследование.

При непереносимости пенициллина, а также при сочетании сифилиса и уrogenитального хламидиоза хороший терапевтический эффект при ранних

формах сифилиса достигается назначением внутрь сумамеда (азитромицин) в течение 10 дней по 0,5 г в день за 1 ч до или через 2 ч после еды.

Для превентивного лечения эритромицин, эрициклин, тетрациклин или олететрин применяют по 0,5 г 4 раза в сутки, а метациклин по 0,3 г, доксициклин по 0,1 г 3 раза в день в течение 14 дней. У больных первичным сифилисом эти антибиотики в тех же дозах применяют на протяжении 20 дней, при вторичном свежем — 25 дней. У больных вторичным рецидивным, ранним скрытым сифилисом лечение резервными антибиотиками (эритромицином, эрициклином, олететрином и тетрациклином) осуществляется в тех же суточных дозах в течение 40 дней. При позднем скрытом сифилисе возможно сочетание этих антибиотиков и препаратов висмута.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кожные и венерические болезни – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007г.
//Ю.К.Скрипкин, А.А.Кубанова, В.Г.Акимов
2. Национальное руководство по дерматовенерологии Ю.С.Бутов, Ю.К.Скрипкин, О.Л.Иванов 2013г.
3. Кожные и венерические болезни: учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов. – Спб.: Фолиант, 2008.
4. Родионов А.Н. Сифилис 2 изд. Издано: 2000, Питер

РЕЦЕНЗИЯ

На реферат по теме «Диагностика и лечение сифилиса».

На рецензию предоставлен реферат по теме «Диагностика и лечение сифилиса». Материал представлен в печатной форме на 12-ти пронумерованных листах.

В реферате подробно описана диагностика сифилиса, интерпретация результатов, а так же представлены основные методы лечения, указаны терапевтические препараты и схемы их приёма. При выполнении реферата использовалась литература отечественных авторов.

ВЫВОДЫ

Реферат составлен по форме, может быть применен как пособие в дальнейшей практической деятельности. Считаю нецелесообразным выполнение рефератов в рукописной форме. Предусмотренная планом, проверка руководителем и защите реферата ординатором исключает возможность «слепого» копирования материала из баз цифровой библиотеки.

Проверил д.м.н., профессор
Карачева Ю.В. 