**Сифилис**

И снова о сифилисе

Cифилис относится к инфекционным венерическим (передающимся половым путем) заболеваниям, который вызывается бактерией бледная трепонема Шаудинна— Гоффманна. Ее можно обнаружить во всех сифилитических проявлениях на коже и слизистых оболочках в так называемый заразный период сифилиса; она обнаруживается также в лимфатических узлах, слюне, крови, эякуляте и других средах. При высыхании (т. е. вне организма) трепонема сравнительно быстро теряет свои вирулентные свойства и погибает. Источником распространения является больной человек, при этом основной путь заражения — непосредственный контакт — половое сношение, поцелуи.

Возможны также внеполовой сифилис (бытовой, врожденный) и другие формы. Бледная трепонема, проникнув в, так называемые, ворота инфекции (микротравмы на половых органах), начинает быстро адаптироваться и довольно активно размножаться; отсюда по лимфатическим сосудам она проникает в близлежащие регионарные лимфатические узлы, а затем и в общий кровоток. Через 3—4 недели (инкубационный период) на месте вхождения инфекции появляется самый ранний клинический признак — твердый шанкр.

**Первичный период сифилиса**

С этого момента начинается первичный период сифилиса. Твердый шанкр (ссадина или язва, обычно единичная, реже их 3—4 и более) — безболезненный, мясо-красного цвета, с чистой, гладкой, как бы лакированной поверхностью. Обычно не кровоточит, не гноится. В основании эрозии или язвы определяется инфильтрат (пальпаторно) в виде плотноэластического образования. Несмотря на типичную картину шанкра, диагноз сифилиса основывается главным образом на нахождении в соскобе с его поверхности (лимфе) бледных трепонем. Иногда при сифилисе обнаруживать трепоному сразу не удается, особенно если больной до этого смазывал шанкр антисептическими мазями, присыпал каким-либо порошком, обрабатывал раствором перманганата калия и т.д. или шанкр осложнен вторичной пиококковой флорой.

Вскоре после формирования твердого шанкра начинают увеличиваться лимфатические узлы. Они не спаиваются между собой, имеют плотноэластическую консистенцию, безболезненны, не нагнаиваются, кожа над ними обычно не воспаляется. При локализации шанкра на половых органах развивается паховый лимфаденит, при локализации на губе — лимфаденит подчелюстных узлов, при локализации на пальцах рук — локтевых, на соске молочной железы — подмышечных лимфатических узлов и т. д. При подозрении на сифилис и отсутствии бледных трепонем в соскобе шанкра они могут быть легко обнаружены в пунктате указанных лимфатических узлов. Высыпные элементы в этот период характеризуются значительным полиморфизмом. На коже туловища, лица и реже конечностей, а также слизистых оболочках полости рта, половых органов появляются розеолы, папулы, пустулы, лейкодерма, а при злокачественном течении — даже язвы. Сифилис. Розеолы — пятнистые высыпания, множественные, бледно-розового цвета, величиной до ногтя мизинца, субъективно не беспокоящие больного. Они не шелушатся, при надавливании исчезают, но быстро появляются вновь (свидетельство сосудистого происхождения). Папулы — узелки различной величины и очертаний, несколько возвышающиеся над уровнем кожи, умеренно плотноватые на ощупь. Субъективных ощущений они также не вызывают. В процессе инволюции они обычно рассасываются, оставляя после себя едва заметное скоропреходящее шелушение и пигментацию. Они появляются на любом участке кожи и слизистых оболочек, но особенно часто на туловище, лице, половых органах, полости рта.

Особую опасность при сифилисе представляют так называемые мокнущие папулы половых органов (возникают при потливости и несоблюдении личной гигиены у некоторых женщин в области половых органов, вокруг заднего прохода, иногда под молочными железами и т.д.), а также слизистых оболочек полости рта (возможность бытового заражения здоровых членов семьи). Пустулезная (гнойничковая) сыпь и лейкодерма (белесоватые пятна, образующие как бы кружевной воротник на шее — «ожерелье Венеры» — ив меньшем количестве отмечающиеся на верхней трети туловища) — показатели более поздних рецидивов и более злокачественного течения сифилитической инфекции. В этих случаях иногда отмечается и сифилитическое (мелкоочаговое) выпадение волос (волосяной покров головы напоминает мех, изъеденный молью).

Наиболее ранний срок перехода нелеченого сифилиса в третичный период — 5—6-й год после инфицирования. Характеризуется появлением высыпаний, исходящих уже из более глубоких слоев кожи и подкожного жирового слоя, а именно узлов — поверхностных бугорков и более глубоких гумм. Первые обычно группируются на тех или иных участках кожи в виде дуг, колец, гирлянд; в процессе эволюции они распадаются с последующим образованием типичных рубцов, характеризующихся пестротой и причудливостью рисунка. При распаде гумм образуются более глубокие язвенные дефекты, которые затем завершаются формированием грубых, как бы втянутых рубцов.

Гуммы, кроме кожи и подкожного жирового слоя, могут возникать практически в любом органе (мозг, аорта, печень и др.). Кроме того, характерны общие дистрофии, слабоумие, судорожные припадки и даже параличи. В случае отсутствия и даже неполноценности лечения женщины, имеющие поздний врожденный сифилис, могут передать инфекцию своему потомству, т. е. уже второму поколению.

**Диагностика сифилиса**

Диагностика сифилиса складывается из учета анамнеза, данных клинического обследования и лабораторного исследования (обнаружение бледной трепонемы в первичном и вторичном периодах, серологические реакции Вассермана, Кана, Закса—Витебского, реакции иммобилизации бледных трепонем — РИБТ и др.). Больных с активными проявлениями сифилиса лечат, как правило, в условиях специализированного венерологического стационара, а больные латентным сифилисом могут лечиться амбулаторно у венеролога.