**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

**Ф.И.О.** x

**Возраст** 21год **пол** Ж

**Образование** среднее

**Домашний адрес** г. Донецк-41

**Место работы** швея-мотористка

**Дата поступления:** 10.XI.95 г.

**Диагноз при поступлении:** свежий вторичный сифилис

**ЖАЛОБЫ**

Больная жалуется на появление сыпи на больших и малых половых губах, боли, повышение температуры тела по вечерам до 37,5-38,0 С, общую слабость.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Впервые больная обнаружила сыпь на больших и малых половых губах 10 октября 1995 года, пыталась лечиться в домашних условиях, применяя ванночки с ромашкой и марганцовкой. Затем возникли боли в паховой области. Предполагает, что заразилась от мужа, после появления симптомов заболевания половых контактов не имела. Последний половой контакт имела с мужем около двух месяцев назад.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Больная x, 21 года, родилась вторым ребенком в семье (сестра на 2 года старше). Родители погибли когда больной было 12 лет, после этого жила со старшей сестрой. Материально-бытовые условия в настоящее время удовлетворительные, замужем, детей не имеет. Простудными заболеваниями более редко, заболевания болезнью Боткина, малярией, брюшным тифом, дизентерией, туберкулезом, другими венерическими заболеваниями отрицает. Курит до 1/2 пачки в день, алкогольными напитками не злоупотребляет. Наследственность не отягощена. Половые контакты имеет с девятнадцатилетнего возраста, беспорядочную половую жизнь никогда не вела.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Общее состояние больной удовлетворительное, положение в постели активное. Телосложение нормостеническое, умеренного питания. Кожных покрововы чистые, бледно-розового цвета. В правой подвздошной области имеется послеоперационный рубец (аппендэктомия). Дермографизм розовый. Рост ногтей и волос не изменен. Слизистая полости рта розового цвета, язык нормальных размеров, слегка обложен желтого цвета налетом.

Частота дыхания 16 в минуту, перкуторный звук над легкими- ясный легочной. Дыхание везикулярное, патологических шумов нет. Пульс ритмичный, 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, АД 130/80. Границы сердца не расширены, тоны ясные, чистые.

Живот мягкий, немного болезненный в подвздошных областях. Печень и селезенка не увеличены. Симптомы раздражение брюшины, Георгивского-Мюсси, Ортнера, Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга и Пастернацкого отрицательные.

**ОПИСАНИЕ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ**

На больших и малых половых губах симметрично имеется мономорфная сыпь в виде папул диаметром до 5 мм в диаметре, буровато-красного цвета, безболезненные, периферический рост отсутствует. Некоторые папулы изъязвляются с образованием небольших язвочек с гнойным отделяемым, болезненные. Паховые лимфоузлы увеличены с обеих сторон, размерами до 3 см в диаметре, безболезненные при пальпации, подвижные, не спаянные с окружающими тканями.

**ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Учитывая локализацию высапаний на половах органах, ее характер (мономорфность, отсутствие периферического роста, безболезненность), наличие увеличенных паховых лимфоузлов можно предположить у больной заболевание свежим вторичным сифилисом. Данное заболевание необходимо дифференцировать с красным плоским лишаем, псориазом, парапсориазом, фолликулитами, остроконечными кондиломами, ложносифилитическими папуламиЛипшюца.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Анализы крови и мочи без особенностей

RW от 10.XI.95г.- **++++**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

При **красном плоском лишае** папулы имеют полигональные очертания, восковидный блеск, центральное пупковидное вдавление, дают феномен сетки Уикхема, характеризуются хроническим течением и часто интенсивным зудом. Также отсутствуют другие прявления сифилиса (увеличение лимфатических узлов и др.), серологические пробы дают отрицательный результат.

При **псориазе** папулы увеличиваются по периферии, окружены слабо выраженным воспалительным венчиком, имеется триада феноменов (стеариновое пятно, псориатическая пленка и точечное кровотечение. Поверхность папул покрыта обильными серебристо-белыми чешуйками, многочисленными трещинами. Папулы располагаются на типичных областях тела; дерматоз протекает хронически. При поскабливании псориазиморфной сифилитической папулы удаляюся лишь чешуйки, но поверхность остается сухой, плотной, с резко выраженным ограниченным инфильтратом.

При **парапсориазе** папула покрыта цельной сухой чешуйкой («коллодийная пленка»), отстающей по краю; при поскабливании наблюдается диффузное кровотечение. Сифилитическая же папула шелушится с центра и образует «биэттовский воротничок» по периферии плотного, резко ограниченного узелка. Высыпания парапсориаза держатся многие месяцы, а нередко и годы.

**Фолликулиты** на наружных половых частях, в пахово-бедренных складках и на медиальных поверхностях бедер появляются у женщин вследствие раздражения кожи выделениями из влагалища. В отличие от сифилитических папул фолликулиты мягкой консистенции, окружены воспалительным венчиком красного цвета, имеют конусообразную форму, нередко микропустулу в центре и сопровождаются субъективными ощущениями (жжение, боль, зуд); серологические реакции отрицательные.

**Ложносифилитические папулы Липшюца** по внешнему виду напоминают круглой формы, слегка розоватой окраски, величиной с чечевицу, с сухой блестящей поверхностью, безболезненны. Они располагаются на больших срамных губах и могут распространяться на промежность и медиальную поверхность бедер.

**Остроконечные кондиломы** относятся к вирусным заболеваниям, располагаются преимущественно в области наружных половых органов и заднего прохода, но в отличии от широких кондилом имеют тонкую ножку и состоят из мелких бледно-красных мягких долек, похожих на цветную капусту или “петушиный гребень”. Больные ощущают жжение, боль.

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании проведенной дифференциальной диагностики, наличии положительных серологических проб можно поставить окончательный диагноз: **Свежий вторичный сифилис**.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Сифилис относится к хроническим инфекционным заболеваниям, возбудителем которого является бледная трепонема, или спирохета, открытая 3 марта 1905 г. Ф.Шаудиным и Э.Гофманом. Она относится к роду Traeponema, семейству Traeponemaceae, порядку Spirochaetalis.

Живая бледная трепонема представляет собой нежное спиралевидное образование с суживающимися концами, имеющее 8-14 равномерных узких и крутых завитков. Толщина трепонемы не превышает 0,25 мкм, длина колеблется в пределах 6-20 мкм, а глубина завитков- 1-1,5 мкм. На ее концах располагаются нежные извивающиеся жгутики, которые иногда находятся и на боковых поверхностях. Особенностью бледной спирохеты является ее движение: 1)вокруг своей продольной оси; 2)вперед и назад; 3)совершает маятникообразное, сгибательное, и контрактивное движение.

Заболевание сифилисом начинается после проникновения бледной трепонемы в организм через кожу или слизистую оболочку с поврежденной поверхностью. Через слюну, слезы, молоко, пот, мочу сифилис не передается. Неповрежденный эпителий является препятствием для проникновения бледной трепонемы. Заражение сифилисом может быть половое, внеполовое и врожденное.

Сифилис относится к хроническим инфекционным заболеваниям, отличается циклическим течением и сменой активных проявлений и ремиссий различной длительности. Это позволяет выделить в течении сифилиса отдельные периоды: 1)инкубационный; 2)первичный; 3)вторичный и 4)третичный.Однако провести резкую грань между этими периодами болезни и уложить в схему наблюдаемые при сифилисе болезненные явления не представляется возможным. Следует помнить, что всякое разделение заболевания на периоды является лишь попыткой упорядочить наши знания о его течении.

После заражения сифилисом половым нли внеполовым путем проходит некоторое время, в течение которого невозможно обнаружить ни местных, ни общих явлений. Это время принято называть инкубационным периодом, продолжительность которого равна в среднем 21-24 дням и завершающегося развитием на месте проникновения бледной трепонемы первичной сифиломы (иногда инкубационный период колеблется от 10 до 40 и более дней).

Первичный период сифилиса начинается от момента образования первичной сифиломы с последующим через 3-5 дней увеличением регионарных лимфатических узлов и продолжается до появления обильных высыпаний вторичного периода сифилиса. Продолжительность первичного периода 45-50 дней. В течение первых трех недель существования первичной сифиломы реакция Вассермана отрицательная (негативная фаза) и только с четвертой недели степенно переходит в положительную фазу, становясь резко положительной за 2-3 недели до начала вторичного свежего свежего сифилиса.

Во второй половине первичного периода у больных может возникнуть слабость, вялость, летучая суставная боль, анемия, головная боль, особенно ночью. В конце первичного периода сифилиса происходит увеличение периферических лимфатических узлов- полиаденит, приобретающий большое значение в диагностике сифилиса. Такая клиническая симптоматика, наблюдаемая во второй половине первичного периода сифилиса, обусловлена увеличением количества бледных трепонем и понижением иммунобиологической сопротивляемости организма.

Вторичный период сифилиса начинается приблизительно с 9-10 недели после заражения и через 6-7 недель после появления первичной сифиломы. Во вторичном периоде происходит активное распространение бледных трепонем по лимфатическим и кровеносным сосудам с преимущественным накоплением их в коже и слизистых оболочках и в меньшей степени во внутренних органах и нервной системе, усиленное размножение трепонем сопровождается возникновением пятнистых, папулезных, везикулезных, пустулезных высыпаний, поражением надкостницы и костей, развитием иритов, иридоциклитов и увеличением лимфатических узлов (полиаденит). Разнообразные клинические проявления вторичного периода сифилиса протекают неодинаково. В одних случаях отмечается бурная реакция организма с обильными высыпаниями на коже, менингиальной симптоматикой и пр., а в других- процесс ограничивается мало выраженными эффлоресценциями, которым нередко больные не предают серъезного значения. Другой особенностью вторичного периода сифилиса является доброкачественное течение сифилидов, обычно за короткий срок бесследно рассасывающихся, особенно быстро после специфической терапии (кроме пустулезно-язвенных сифилидов). Вторичный период сифилиса может протекать неопределенное время, чередуясь ремиссиями и рецидивами, но в среднем около 2-4 лет, переходя в третичный. Сифилитические высыпания, возникающие непосредственно после окончания первичного периода сифилиса, отличаются обилием, беспорядочностью расположения, часто полиморфизмом, сопровождаясь полиаденитом нередко сохраняющейся первичной сифиломой или остатками ее инфильтрата, регионарным склераденитом (бубоном). Начальная стадия вторичного сифилиса именуется вторичным свежим сифилисом, проявления которого через несколько недель самопроизвольно проходят и наступает видимое клиническое выздоровление. Эта стадия получила название вторичного скрытого (латентного) периода сифилиса, который может продолжатся от нескольких дней до многих недель и месяцев. Однако благополучие этой стадии обманчиво, так как сифилитическая инфекция не исчезла, а находится в скрытом состоянии, которое подтверждается положительными серологическими реакиями. При отсутствии лечения после латентного сифилиса появляются сифилитические высыпания (рецидив), отличающиеся от вторичного свежего сифилиса ограниченностью элементов, крупными размерами, блеклостью окраски, склонностью к группировке. Такая стадия называется вторичным рецидивным сифилисом, при котором обычно не бывает первичной сифиломы и регионарного бубона, а полиаденит выражен слабо. При ранних рецидивах изредка встречаются клинические проявления, занимающие промежуточные положения между вторичным свежим и рецидивным сифилисом,которое можно назвать сочетанным вторичным свежим и рецидивным сифилисом. К этим формам заболевания следует относиться с достаточной осторожностью.

Клиинические рецидивные формы сифилиса, по-видимому, обуловлены размножением бледных трепанем на месте рассосавшихся сифилидов, в которых они находились в состоянии парабиоза. При сифилисе огромную роль играет подвижность инфекционного иммунитета, снижение которого создает благоприятные условия для активации бледных трепонем.

Третичный, или гуммозный, период сифилиса развивается в техь случаях, когда в организме остались спирохеты вследствие недостаточного или неправильного лечения и изменившейся иммунобиологической реактивности организма. Третичный сифилис наиболее часто развивается у лиц, не получавших антасифилитической терапии. Первые клинические признаки третичного сифилиса возниеают через несколько лет существования вторичного периода, обычно между 5 и 10 годами после заражения, но в отдельных случаях наблюдают гуммозные элементы и значительно позднее (на 20-40 и даже 60 году болезни).

Для третичного периода характерны ограниченные, но массивные гранулемы, расположенные в собственно коже или в подкожной основе, склонные к некротическому распаду и последующему рубцеванию, которое нередко заканчивается значительным разрушением, деформацией, нарушением функции органов и даже смертельным исходом, если в процесс вовлекается жизненно важные огран (аорта, печень, мозг и др.). По нашим данным, гуммозный сифилис значительно чаще поражает внутренние органы, центральную нервную систему, опорно-двигательный аппарат, чем кожу и слизистые оболочки. В эту стадию включаются также сухотка спинного мозга и прогрессивный паралич, часто сопровождающиеся висцеральным сифилисом. В гуммозных сифилидах иногда находят бледные трепонемы в небольшом количестве в периферическойне распавшейся зоне инфильтрата.

Гуммы развиваются также, как рецидивы вторичного сифилиса. При ослаблении иммунобиологической реактивности организма и повышенной инфекционной аллергии происходит размножение бледных трепонем на месте рассосавшихся сьшей или лимфатических узлов, откуда они с током крови заносятся в различные органы, в которых формируются единичные узлы, характерные для третичного сифилиса. По видимому, очень длительное течение третичного сифилиса способствует ослаблению вирулентности бледных трепонем, благодаря чему редко регистрируются рецидивы бугоркового и узлового сифилида. Принято выделять три стадии третичного сифилиса: 1) третичный активный сифилис; 2)третичный латентный, или скрытый, сифилис и 3) третичный рецидивный сифилис.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Среди всех противосифилитических препаратов в настоящее время главное место занимают пенициллин и его производные, обладающие трепонемоцидными и трепонемостатическими свойствами. По-видимому, пенициллин нарушает ферментные системы бледной трепонемы, процесс ее роста и размножения. Пенициллин особенно активно действует на бледные трепонемы в период их размножения.

„„Пенициллин и его производные эффективно действуют при всех формах сифилиса и способствуют удалению бледных трепанем с поверхности сифилидов в среднем через 10-12 часов.

Пенициллин можно вводить больным подкожно, внутримышечно, внутривенно, интралюмбально и внутрь (фенилоксиметилпенициллин). При лечении сифилиса пенициллин вводят внутримышечно в дозах, зависящих от массы тела. Непрерывное введение пенициллина обусловлено необходимостью постоянного поддержания определенной концентрации препарата в крови (0,06 ЕД в 1 мм крови). С этой целью больным во время пенициллинотерапий необходимо сократить прием жидкостей.

Кроме растворимого пенициллина, быстро выводимого из организма применяются препараты, поддерживающие терапевтическую концентрацию лекарственного вещества в крови в течение 8-10 ч (экмоновоциллин и бициллины- 1, 3, 4, 5 и 6).

Р.Сазерак и К.Левадити впервые предложили висмут в 1921 г. для специфического лечения сифилиса. По своему лечебному действию препараты висмута занимают второе место после пенициллина. Любой препарат висмута должен равномерно всасываться из места инъекции и в достаточных количествах выделяться из организма.

Бийохинол представляет собой ярко-красного цвета 8% взвесь йод-хинин-висмута в нейтральном персиковом масле, содержащую 25% висмута, 56% йода и 19% хинина. Такое сочетание лекарственных ингредиентов оказывает благотворное действие на организм: висмут воздействует на бледные трепонемы, йод способствует рассасыванию сифилидов, а хинин обладает тонизирующими свойствами.

Бисмоверол- препарат белого цвета, содержит 7,5% взвеси висмутовой соли моновисмутвинной кислоты в стерилизованном и очищенном персиковом или миндальном масле; в 1 мл бисмоверола- 0.05г металлического висмута. Препарат содержит около 67% металлического висмута. Выводится висмут с мочой и калом медленно; и заканчивается его выведение через 1,5-3 месяца после прекращения лечения.

Пентабисмол представляет водорастворимый препарат, содержащий 47,9% висмута; в 1 мл препарата содержится 0,01 г металлического висмута. Он быстрее поглощается тканями, чем бийохинол и бисмоверол, но и быстро выводится из организма.

Препараты висмута вводят внутримышечно в толщу ягодиц в верхненаружный их квадрант, поочередно то в левую, то в правую сторону. После введения иглы длиной не менее 5-6см необходимо убедиться, не находится ли ее конец, в просвете сосуда, так как введение эмульсии висмута в сосуд грозит развитием эмболии легочных сосудов или глубокой гангрены ягодицы. Поэтому препараты висмута следует вводить медленно, обязательно подогретыми до температуры тела. Перед инъекцией флакон с бийохинолом и бисмоберолом необходимо тщательно взболтать, чтобы получить равномерную взвесь препарата.

При лечении больных свежим вторичным сифилисом применяют 5 курсов комбинированного лечения пенициллином и препаратами висмута:

1 курс: пенициллин и один из препаратов висмута; перерыв 1 месяц

2 курс: пенициллин (экмоновоциллин) и препарат висмута; перерыв 1 месяц

3 курс: экмоновоциллин (пенициллин) и препарат висмута; перерыв 1 месяц

4 курс: экмоновоциллин и препарат висмута; перерыв 1 месяц

5 курс: экмоновоциллин или пенициллин и препарат висмута.

Курсовая доза пенициллина (экмоновоциллина) расчитывается из расчета 120000 ЕД на 1 кг массы тела больного.

**ПРОГНОЗ**

При раннем начале лечения свежего вторичного сифилиса при прохождении полного курса лечения ожидается полное излечение больной

**ЭПИКРИЗ**

Больная x, 21 года, жалуется на появление сыпи на больших и малых половых губах, боли, повышение температуры тела по вечерам до 37,5-38,0 С, общую слабость. Впервые больная обнаружила сыпь на больших и малых половых губах 10 октября 1995 года (сыпь мономорфная, в виде папул диаметром до 5 мм в диаметре, буровато-красного цвета, безболезненные, периферический рост отсутствует; некоторые папулы изъязвляются с образованием небольших язвочек с гнойным отделяемым, болезненные). У больной определяются увеличенные паховые лимфоузлы с обеих сторон, размерами до 3 см в диаметре, безболезненные при пальпации, подвижные, не спаянные с окружающими тканями. Больная пыталась лечиться в домашних условиях, применяя ванночки с ромашкой и марганцовкой, безуспешно, затем обратилась к кожвенерологу по месту жительства и направлена в городской кожно-венерологический диспансер №1 с диагнозом: свежий вторичный сифилис. В настоящее время получает лечение пенициллином и препаратами висмута. Прогноз благопрятный, ожидается полное излечение больной.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Потоцкий И.И., Торсуев Н.А. Кожные и венерические болезни.-Киев, изд. объед. "Вища школа",1978г.

2. Дифференциальная диагностика кожных болезней.- Б.А.Беренбейн, А.А.Студицин и др.- М.: Медицина, 1989г.

3. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи.- Г.М.Цветкова, В.Н.Мордовцев.- М.:Медицина, 1986г.