

В. П. Адашкевич

**ВЕНЕРИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**В СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКОЙ
ПРАКТИКЕ**



В.П. АДАСКЕВИЧ

**ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Справочное пособие

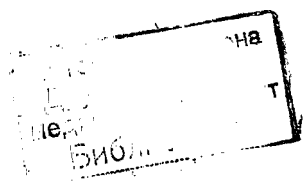
Витебск

1996

УДК 616.97:340.6

Адаскевич В.П. Венерические заболевания в судебно-медицинской практике: *Справочное пособие*. - Витебск, 1996. - 119 с.

В справочном пособии представлены современные данные об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике наиболее распространенных венерических заболеваний - сифилисе и гонорее. Изложены судебно-медицинские проблемы венерических заболеваний. Представлены данные о патогенезе, клинике, диагностике и судебно-медицинских аспектах СПИДа. Пособие соответствует программе лечебного факультета медицинского института и предназначено для студентов и врачей-стажеров, проходящих подготовку по венерологии и судебной медицине, а также может быть полезным для врачей-венерологов, судебно-медицинских экспертов, работников дознания, следствия и суда.



290 185
пр 2010

Рецензенты:

Панкратов В.Г. - главный внештатный дерматовенеролог Минздрава Республики Беларусь, доцент кафедры дерматовенерологии Минского государственного медицинского института;

Гусаков Ю.А. - главный государственный судебно-медицинский эксперт Минздрава Республики Беларусь, начальник Республиканского бюро Государственной судебно-медицинской экспертизы.

Обсуждено на заседании экспертно-квалификационной комиссии при главном государственном судебно-медицинском эксперте Республики Беларусь от 16.01.1996 г. и рекомендовано к изданию.

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В настоящее время насчитывается более 20 заболеваний, передающихся половым путём. Они характеризуются высокой контагиозностью, сравнительно быстрым распространением среди определённых групп населения и требуют применения особых мер общественной профилактики.

В практической венерологии принято выделять традиционные “классические” венерические болезни: **сифилис**, **гонорея**, **шанкرويد** (мягкий шанкр), **лимфогранулематоз паховый** (лимфогранулёма паховая, четвёртая венерическая болезнь), **гранулёма венерическая** (донованоз, пятая венерическая болезнь).

По классификации ВОЗ в другую группу включены болезни, передающиеся главным образом половым путём с преимущественным поражением половых органов: мочеполовой хламидиоз, мочеполовой трихомоноз, кандидозные вульвовагиниты и баланопоститы, мочеполовой микоплазмоз, генитальный герпес, гарднереллёзный вагинит. Имеется также ряд заболеваний, которые могут иметь как половой, так и неполовой пути передачи (остроконечные бородавки, генитальный контагиозный моллюск, урогенитальный шигеллёз гомосексуалистов, лобковый педикулёз, чесотка, гепатит В, лямблиоз, амёбиаз, цитомегалия). В последние годы к перечисленным болезням присоединилось столь грозное заболевание как СПИД.

Значительное распространение заболеваний, передающихся половым путём во всех регионах мира является предметом беспокойства не только венерологов. По данным ВОЗ, в 1995 году зарегистрировано 333 миллиона новых случаев заражения болезнями, которые передаются половым путём. В настоящее время в мире ежегодно регистрируется около 12 миллионов больных сифилисом, 62 миллиона - гонореей. Частота же таких заболеваний, как трихомоноз, урогенитальный хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллёз, значительно выше, чем сифилиса и гонореи. Группами риска заражения болезнями, передаваемыми половым путём, являются лица молодого возраста, женщины репродуктивного возраста, мужчины и женщины, имеющие множество половых партнёров и зарабатывающие на жизнь проституцией [ВОЗ, 1995].

Таким образом, заболевания, передаваемые половым путём, имеют большую социальную значимость.

1.1. КЛАССИФИКАЦИЯ СИФИЛИСА

Сифилис - хроническая венерическая болезнь, характеризующаяся поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей и нервной системы. С момента заражения является общим инфекционным заболева-

нием, которое длится у нелеченных больных многие годы и отличается волнообразным течением со сменой периодов обострения скрытыми периодами. Во время обострения на коже, слизистых оболочках, во внутренних органах наблюдаются активные проявления болезни. Для скрытого периода характерно отсутствие клинических признаков болезни, и только положительные серологические реакции крови свидетельствуют о наличии инфекционного процесса.

Различают следующие формы сифилиса:

- **Первичный сифилис** (*syphilis I primaria*) - стадия заболевания, характеризующаяся появлением твёрдого шанкра и увеличением регионарных лимфатических узлов. *Первичный серонегативный сифилис* (*syphilis I seronegativa*) - сифилис со стойко отрицательными серологическими реакциями в течение курса лечения. *Первичный серопозитивный* (*syphilis I seropositiva*) - сифилис с положительными серологическими реакциями. *Первичный скрытый период* (*syphilis I latens*) - сифилис, характеризующийся отсутствием клинических проявлений у пациентов, начавших лечение в первичный период болезни и получивших неполноценную терапию.
- **Вторичный сифилис** (*syphilis II secundaria*) - стадия заболевания, обусловленная гематогенным распространением возбудителей из первичного очага, проявляющаяся полиморфными высыпаниями (розеолы, папулы, пустулы) на коже и слизистых оболочках. *Вторичный свежий сифилис* (*syphilis II recens*) - период сифилиса, характеризующийся многочисленными полиморфными высыпаниями на коже и слизистых оболочках, полиаденитом; нередко наблюдаются остаточные признаки твёрдого шанкра. *Вторичный рецидивный сифилис* (*syphilis II recidiva*) - период вторичного сифилиса, который проявляется немногочисленными полиморфными сгруппированными высыпаниями и, иногда, поражением нервной системы. *Вторичный скрытый сифилис* (*syphilis II latens*) - вторичный период заболевания, протекающий латентно.
- **Третичный сифилис** (*syphilis III tertiaria*) - следующая за вторичным сифилисом стадия, которая характеризуется деструктивными поражениями внутренних органов и нервной системы с возникновением в них гумм. *Активный третичный сифилис* (*syphilis III activa*) проявляется активным процессом образования бугорков, разрешающихся некротическим распадом, образованием язв, их заживлением, рубцеванием и появлением неравномерной пигментации (мозаичности). *Скрытый третичный сифилис*

(syphilis III latens) - период болезни у лиц, перенесших активные проявления третичного сифилиса.

- **Скрытый сифилис (syphilis latens)** - сифилис, при котором серологические реакции положительные, но отсутствуют признаки поражения кожи, слизистых оболочек и внутренних органов. *Ранний скрытый сифилис (syphilis latens praesens)* - скрытый сифилис, с момента заражения которым прошло менее 2 лет. *Поздний скрытый сифилис (syphilis latens tarda)* - с момента заражения прошло более 2 лет. *Неуточнённый скрытый сифилис (syphilis ignorata)* - болезнь с неустановленной давностью.

- **Врождённый сифилис (syphilis congenita)** - сифилис, при котором заражение произошло от больной матери в период внутриутробного развития. *Ранний врождённый сифилис (syphilis congenita praesens)* - врождённый сифилис у плода и у детей младше 2 лет, проявляющийся сифилитической пузырьчаткой, диффузной папулёзной инфильтрацией кожи, поражением слизистых оболочек, внутренних органов, костной ткани, глаз. *Поздний врождённый сифилис (syphilis congenita tarda)* - врождённый сифилис у детей старше 2 лет, проявляющийся триадой Гетчинсона, а также поражением кожи, внутренних органов и костей по типу третичного сифилиса. *Скрытый врождённый сифилис (syphilis congenita latens)* - врождённый сифилис, при котором клинические проявления отсутствуют и лабораторные показатели спинномозговой жидкости в норме.

- **Сифилис нервной системы (neurosyphilis):** *ранний (neuro-syphilis praesens)* - давность болезни до 5 лет, *поздний (neurosyphilis tarda)* - более 5 лет.

- **Сифилис висцеральный (syphilis visceralis)** - сифилис, при котором поражены внутренние органы (сердце, головной мозг, спинной мозг, лёгкие, печень, желудок, почки).

Сифилис бытовой - сифилис, заражение которым происходит бытовым путем.

Сифилис обезглавленный (syphilis decapitata) - заражение происходит при попадании возбудителя непосредственно в кровяное русло (через рану, при исследовании крови); характеризуется отсутствием твёрдого шанкра.

Сифилис трансфузионный (*syphilis transfusionalis*) - заражение в результате переливания крови больного.

Сифилис злокачественный - тяжело протекающий сифилис с массивным поражением внутренних органов и нервной системы, характерным для третичного сифилиса.

Сифилис экспериментальный - сифилис, возникший у экспериментальных животных (обезьян, кроликов) в результате их искусственного заражения.

1.2. ЭТИОЛОГИЯ СИФИЛИСА

Возбудитель сифилиса - бледная трепонема (*Treponema pallidum*). Типичные бледные трепонемы представляют собой тонкие спиралевидные микроорганизмы. Завитки спирали расположены на равном расстоянии друг от друга. Трепонемы очень подвижны и постоянно вращаются вокруг продольной оси, иногда изгибаясь и образуя почти замкнутый круг. Для выявления бледных трепонем используют тёмное поле микроскопа или иммунофлюоресцентную окраску. Бледные трепонемы плохо окрашиваются анилиновыми красителями. С помощью электронной микроскопии установлено, что бледная трепонема снаружи покрыта чехлом, под которым находятся трёхслойная наружная стенка и цитоплазматическая мембрана. Она имеет поверхностные и глубокие фибриллы, способствующие движению. Трепонемы обычно размножаются поперечным делением. В специальном растворе и в присутствии редуцирующих веществ бледные трепонемы сохраняют подвижность при 25⁰С в течение 3-6 дней. В цельной крови или в сыворотке при 4⁰С микроорганизмы сохраняют жизнеспособность не менее 24 часов, что имеет значение при переливании крови. Трепонемы быстро погибают при высушивании и повышении температуры до 42⁰С. Они мгновенно теряют подвижность и погибают в присутствии соединений мышьяка, ртути, висмута. В целом однако, бледные трепонемы погибают очень медленно. Объясняется это низкой метаболической активностью и замедленным размножением этих бактерий (время деления составляет около 30 часов). При неблагоприятных условиях существования (воздействие антибиотиков, недостаток питания) трепонемы могут образовывать "формы выживания" - цисты и L- формы.

В организме человека трепонемы стимулируют выработку антител, способных окрашивать бледную трепонему при использовании непрямого метода флюоресцирующих антител; вызывать иммобилизацию и гибель жи-

вых подвижных бледных трепонем; связывать комплемент в присутствии суспензии трепонем.

Трепонемы вызывают также выработку антителоподобного вещества (реагина), которое даёт положительную реакцию связывания комплемента (РСК) и реакцию флокуляции с водными суспензиями липидов, экстрагированных из нормальных тканей млекопитающих. Как реагина, так и противоспирохетные антитела могут быть использованы для серодиагностики сифилиса.

1.3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ СИФИЛИСА

Пути заражения сифилисом подразделяют на:

- прямой
 - половой
 - тесный бытовой контакт
 - трансфузионный
- косвенный
- трансплацентарный.

Наиболее частый путь заражения - половой, при различных формах половых контактов (per vaginam, per anum, per os). Заражение происходит через мелкие генитальные или экстрагенитальные дефекты кожи либо через эпителий слизистой оболочки при контакте с эрозивным или язвенным твёрдым шанкром, эрозивными папулами на коже и слизистых оболочках половых органов, полости рта, широкими кондиломами, содержащими значительное количество возбудителей сифилиса - бледных трепонем.

- Очень редко инфицирование может произойти при тесном бытовом контакте, в исключительных случаях - через предметы обихода или при прямом контакте с экспериментальными животными.
- Возможно заражение через молоко кормящей женщины, больной сифилисом.
- Случаев заражения через мочу и пот не отмечено.
- В слюне бледные трепонемы могут находиться лишь в случае, когда имеются специфические высыпания на слизистой оболочке полости рта.
- Возможно заражение через сперму больного при отсутствии у него видимых изменений на половых органах.
- При переливании донорской крови больного сифилисом у реципиента развивается трансфузионный сифилис.
- Возможно инфицирование медицинского персонала при осмотре больных сифилисом, проведении лечебных процедур и манипуляций, во вре-

мя оперативного вмешательства, при вскрытии трупов, особенно новорожденных с ранним врожденным сифилисом.

- Отмечено внутриутробное инфицирование плода путём трансплацентарной передачи возбудителя сифилиса от инфицированной матери.
- Заражение может также произойти в момент родов при прохождении плода через инфицированные сифилисом родовые пути матери.

Для сифилиса характерно волнообразное течение со сменой периодов заболевания. Традиционная схема течения сифилиса включает инкубационный период, первичный серонегативный и первичный серопозитивный, вторичный свежий, вторичный скрытый, вторичный рецидивный и третичный периоды.

Время от момента инфицирования до появления первичной сифиломы называется *инкубационным периодом*. Продолжительность инкубационного периода в среднем составляет 3-4 недели. Однако у отдельных больных он может достигать 4-6 месяцев в связи с бесконтрольным употреблением антибиотиков по поводу различных заболеваний, а также под влиянием некоторых других факторов. Несмотря на отсутствие клинических симптомов, в инкубационном периоде диссеминация бледных трепонем из места внедрения по лимфатическим, перинеуральным путям и гематогенно происходит довольно интенсивно и завершается формированием первичной сифиломы - твёрдого шанкра, сопутствующего лимфангита и регионарного склераденита. Первый клинический признак заболевания - твёрдый шанкр, появляется в среднем через 3-4 недели после заражения на том месте, где бледная трепонема проникла в организм (по образному выражению французов, "при сифилисе первым наказуется то место, которым согрешили").

С момента появления твёрдого шанкра начинается *первичный период* сифилиса, который продолжается до возникновения на коже и слизистых оболочках множественных сифилитических высыпаний. Этот период длится 7-8 недель.

Первичный период сифилиса делится на:

- *первичный серонегативный сифилис*, когда стандартные серологические реакции ещё отрицательны;
- *первичный серопозитивный сифилис*, когда стандартные серологические реакции становятся положительными, что происходит в среднем через 3-4 недели после возникновения первичной сифиломы.

При отсутствии лечения естественное течение первичного периода завершается общими лихорадочными явлениями, недомоганием, болями в костях, суставах и полиаденитом. Эти симптомы обусловлены генерализацией инфекции и диссеминацией бледных трепонем в органы и ткани. Этот пе-

риод течения инфекции называется *вторичным* и наступает через 7-8 недель после появления первичной сифиломы или через 10-12 недель после поражения. Клинически *вторичный период сифилиса* характеризуется поражениями на коже и слизистых оболочках в виде розеолезных, папулезных и пустулезных высыпаний. В этом периоде поражаются также внутренние органы, нервная и костная системы. Высыпания вторичного периода, просуществовав несколько недель, самостоятельно проходят, и наступает скрытый (латентный) период заболевания. Через некоторое время наблюдается рецидив болезни - на коже и слизистых оболочках снова появляются высыпания, характерные для вторичного периода, после чего вновь может наступить скрытый период заболевания. Вторичный период сифилиса без лечения может продолжаться 3-4 года.

Таким образом, вторичный период сифилиса подразделяется на:

- *вторичный свежий сифилис*, когда на коже и слизистых оболочках впервые появляются обильные и яркие высыпания при наличии первичного склероза или его остатков;
- *вторичный скрытый сифилис* - период сифилиса без активных проявлений на коже и слизистых оболочках;
- *вторичный рецидивный сифилис* - период последующих повторных высыпаний.

Спустя 3-4 года, если больной не лечится или лечится недостаточно, наступает *третичный период сифилиса*. Этот период характеризуется образованием третичных сифилидов - бугорков и гумм. Бугорки бывают на коже, слизистых оболочках, гуммы - в подкожной клетчатке, костях, внутренних паренхиматозных органах и нервной системе. Бугорки и гуммы при распаде могут вызывать деструктивные изменения в поражённых тканях и органах. Течение сифилиса в этом периоде также волнообразное, фазы активных проявлений могут сменяться фазами скрытого (латентного) сифилиса.

Третичный период сифилиса подразделяют на:

- *третичный активный сифилис*,
- *третичный скрытый сифилис*.

Третичный период сифилиса может длиться многие годы. У некоторых больных без лечения или при его недостаточности через 10-20 лет и более после заражения могут возникнуть *поздние формы* сифилиса:

- нервной системы (*нейросифилис*) - спинная сухотка, прогрессивный паралич, табопаралич или
- внутренних органов (*висцеросифилис*) - мезаортит, аневризма аорты, поражение печени, желудка.

Традиционное стадийное течение сифилитической инфекции проявляется у значительного числа больных. Однако в последние годы всё чаще стали выявляться больные с асимптомным течением болезни, которая диагностируется только серологически.

Сифилис без клинических проявлений с положительными серологическими реакциями подразделяют на:

- *ранний скрытый сифилис* (до 2 лет после заражения);
- *поздний скрытый сифилис* (давность болезни более 2 лет).

Реакция организма на внедрение возбудителя сифилиса сложна и многообразна. После контакта с больным сифилисом заражения может не произойти, а развивается классическое или длительное *бессимптомное* течение инфекции.

Рассматривая вопросы общей патологии сифилиса, следует указать, что в ряде случаев после обычной смены периодов первичного и вторичного сифилиса, несмотря на отсутствие противосифилитического лечения, поздние формы сифилиса не развиваются и сифилитический процесс заканчивается *самоизлечением*, в наступлении которого ведущая роль принадлежит организму больного, его иммунобиологическим защитным силам.

1.4.1. ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА

Первичный период сифилиса начинается с момента образования твёрдого шанкра и продолжается 7-8 недель до массивной гематогенной диссеминации бледных трепонем, что клинически проявляется возникновением обильных высыпаний на коже и слизистых оболочках.

На месте инокуляции бледных трепонем вначале возникает чётко ограниченная эритема округлой формы, которая не беспокоит больного и быстро превращается в плоскую папулу с незначительным шелушением и небольшим уплотнением её основания. Через некоторое время на поверхности папулы появляется эрозия или язва с уплотнённым основанием.

Признаки эрозивного (язвенного) твёрдого шанкра:

- ярко-красный (медный) цвет “свежего мяса”;
- дно эрозии блестящее, лакированное;
- дно язвы грязно-жёлтого цвета;
- края эрозии чётко ограничены;
- язва блюдцеобразная с покатыми краями;
- округлая или овальная форма;
- отсутствие признаков острого воспаления;
- безболезненность;
- наличие инфильтрата у основания эрозии или язвы.

В большинстве случаев твёрдый шанкр (первичная сифилома) находится в области наружных половых органов, однако может располагаться на любом участке кожного покрова или видимых слизистых оболочек. Для первичного периода сифилиса возможна экстрагенитальная локализация очага поражения (слизистая полости рта, область заднего прохода). Описаны шанкры на пальцах рук, на конъюнктиве век, на кончике носа, ушных раковинах, волосистой части головы, на коже затылка, спины, голеней, на подошве.

Несмотря на характерные клинические признаки, необычная локализация и вид первичной сифиломы затрудняют её распознавание. К таким *атипичным шанкрам* относят:

- шанкр-амигдалит;
- шанкр-панариций;
- индуративный отёк.

• Шанкр-амигдалит - специфический амигдалит, характеризующийся увеличением и уплотнением небной миндалины без образования эрозии или язвы, но сопровождающийся болезненностью при глотании. Одностороннее поражение, отсутствие лихорадки и других нарушений общего состояния, одностороннее увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов помогают поставить правильный диагноз.

• Шанкр-панариций локализуется обычно на дистальной фаланге указательного пальца, который представляется отёчным, синюшно-красным, булавовидным. На тыльной стороне этого пальца располагается язва с неровными изъеденными краями и дном с некротически-гнойным распадом. У

больных имеются резкие, стреляющие боли. Локтевые и подмышечные лимфатические узлы увеличены и болезненны.

- Индуративный отёк развивается вследствие поражения лимфатических капилляров кожи на половом члене и коже мошонки у мужчин, а также на малых и больших половых губах у женщин. Поражённый орган значительно увеличивается в размерах, кожа становится плотной, слегка синюшной. При надавливании ямки не остаётся, пальпация безболезненна.

Через 5-8 дней после возникновения твёрдого шанкра начинают увеличиваться близлежащие лимфатические узлы (регионарный сифилитический склераденит), может развиваться специфический лимфангит. Регионарный лимфаденит является **вторым** важным симптомом первичного периода сифилиса. При локализации его в области половых органов увеличиваются паховые лимфатические узлы, на нижней губе или подбородке - подчелюстные, на языке - подбородочные, на верхней губе и веках - предушные, на пальцах рук - локтевые и подмышечные, на нижних конечностях - подколенные и бедренные, на шейке матки - тазовые, в области молочных желез - подмышечные. Регионарный склераденит проявляется увеличением лимфатических узлов иногда до размеров лесного ореха.

Признаки регионарного склераденита:

- увеличенные лимфатические узлы;
- безболезненность;
- отсутствие изменений цвета кожи;
- плотноэластическая консистенция;
- подвижные узлы;
- узлы не спаяны между собой и с подлежащими тканями.

Третьим симптомом первичного сифилиса являются положительные серологические реакции. Реакция Вассермана становится положительной через 3-4 недели после появления твёрдого шанкра, и с этого момента первичный серонегативный сифилис переходит в стадию первичного серопозитивного сифилиса.

В результате присоединения вторичной инфекции и несоблюдения правил личной гигиены у некоторых больных развиваются *осложнения твёрдого шанкра*, чаще островоспалительного характера:

- **баланит** - воспаление эпителия головки полового члена;
- **баланопостит** - баланит в сочетании с воспалением внутреннего листка крайней плоти;
- **фимоз** - отёк и увеличение в объёме крайней плоти, сужение кольца крайней плоти;
- **парафимоз** - ущемление головки полового члена и отёк крайней плоти, "удавка".

Диагноз первичного периода сифилиса устанавливается на основании следующих данных:

- анамнез заболевания, конфронтация с предполагаемым источником заражения;
- клинические признаки: наличие безболезненной эрозии или язвы со скудным отделяемым и уплотнённым основанием, наличие регионарного склераденита;
- в серонегативной стадии - обнаружение трепонем в отделяемом из очагов поражений;
- в серопозитивной стадии - положительные серологические реакции.

Диагноз первичного сифилиса, поставленный только на основании типичной клинической картины, не подтверждённый обнаружением бледной трепонемы или положительными серологическими реакциями, не может считаться правомочным.

При *дифференциальной диагностике* твёрдого шанкра необходимо отличать его от эрозий и язв при других заболеваниях, локализующихся прежде всего в области половых органов.

■ **Эрозия травматического происхождения** (при активных половых актах, травмировании волосами, при введении в кожу инородных тел) имеет линейную форму с мягким основанием, сопровождается островоспалительными явлениями, болезненна, быстро заживает. Бледные трепонемы не обнаруживаются в отделяемом эрозии.

■ **Мягкий шанкр** (шакроид) имеет более короткий чем сифилис инкубационный период (1-5 дней), характеризуется появлением множественных воспалительных элементов на половых органах и в перигенитальной области: вначале пятна, затем - папулы, везикулы, пустулы. Пустулы изъязвляются. Края язв ярко-красного цвета, отёчные, подрывные, с гнойным отделяемым, болезненны. Вокруг язв отмечается островоспалительный венчик, инфильт-

рат в основании мягкий. В отделяемом язв обнаруживают возбудителя мягкого шанкра: стрептобациллы Дюкрея-Петерсона-Унны. Имеется островоспалительная лимфаденопатия: резкая болезненность, мягкая консистенция, периаденит, покраснение кожи, очаги флюктуации, образование свищей, гнойное отделяемое.

■ Трихомонадные и гонококковые язвы характеризуются воспалительными явлениями, ярко-красного цвета, с обильным отделяемым, в котором обнаруживают соответствующие возбудители. Сопутствующего регионарного склераденита не имеется.

■ Простой пузырьковый лишай представлен мелкими сгруппированными везикулами с серозным содержимым на отёчном основании и гиперемированной коже. Высыпаниям предшествуют зуд, жжение, покалывание в участках поражения. Эрозии простого герпеса множественные, с полициклическими очертаниями без уплотнения у основания, исчезают бесследно.

■ Стрептококковая эктима характеризуется островоспалительной болезненной язвой с мягким основанием, дно её покрыто грязно-жёлтым гнойным налётом, отсутствует сопутствующий склераденит.

■ Чесоточная эктима и чесоточные папулы обычно множественные, островоспалительного характера, сопровождаются зудом и наличием других типичных симптомов чесотки, подтверждаются лабораторным обнаружением чесоточного клеща.

■ Шанкриформная пиодермия характеризуется серозно-геморрагической корочкой (покрывающей эрозию или язву) с плотным основанием, безболезненностью, сопутствующим склераденитом. Очаг поражения правильных округлых или овальных очертаний, края слегка возвышены, дно ровное, чистое. В отделяемом язвы и пунктате лимфатических узлов бледные трепонемы не обнаруживаются. Серологические реакции на сифилис отрицательные.

■ Туберкулёзная язва мягкой консистенции, неправильной формы, края мягкие, подрытые, кровоточит. На дне язвы имеются желтоватого цвета мелкие очаги распада - зёрна Треля. Язва длительно не заживает, не рубцуются. Имеются другие очаги туберкулёзной инфекции.

■ Острая язва Чаплина-Липшютца на наружных половых органах встречается у молодых девушек. Заболевание протекает остро, с высокой температурой тела. На малых и больших половых губах или в перианальной области возникают резко болезненные язвы округлых или неправильных очертаний, мягкой консистенции, на эритематозном фоне. Диагностика основывается на характерных клинических, бактериологических и серологических данных.

■ Эритроплазия Кейра проявляется небольшим безболезненным очагом на головке полового члена, чётко отграниченным, ярко-красного цвета с бархатистой влажной поверхностью без отделяемого.

■ Базальноклеточная карцинома кожи поражает людей пожилого возраста, медленно прогрессирует, не склонна к метастазам. Край язвы образован мелкими белесоватыми узелками. Характерны деревянистая плотность у основания, неровные, несколько размытые, плотные края и валик по периферии.

■ Плоскоклеточный рак кожи встречается чаще у пожилых людей. Края язвы выворочены, дно изрыто, покрыто очагами распада, легко кровоточит, длительно не заживает. Характерен экзо- и эндофитный рост язвы. Лимфатические узлы увеличены, спаяны друг с другом и окружающими тканями.

1.4.2. ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА

Вторичный период сифилиса начинается с появления первых высыпаний на коже и слизистых оболочках через 2-3 месяца после заражения или через 7-8 недель после появления твёрдого шанкра и продолжается без лечения 3-5 лет. При вторичном сифилисе возникают пятнистые, папулёзные, пустулёзные, везикулёзные высыпания на коже и слизистых оболочках, а также наблюдаются нарушения пигментации, выпадение волос. Наряду с высыпаниями у 80% пациентов сохраняются твёрдый шанкр или его остатки, а также регионарный склераденит. Могут поражаться внутренние органы, нервная, эндокринная и костная системы. Течение заболевания во вторичном периоде вариабельно. Через 2-3 месяца высыпания постепенно исчезают даже без лечения и сохраняются только положительные серологические реакции. Начинается вторичный скрытый период. Затем наступает рецидив болезни с разнообразным течением.

Общие характерные признаки для всех вторичных сифилидов:

- доброкачественное течение - не разрушают ткани, не оставляют рубцов, самопроизвольно проходят через 2-3 месяца;
- удовлетворительное общее состояние, отсутствие субъективных ощущений у больных;
- отсутствие острого воспаления в элементах вторичного сифилиса; высыпания резко отграничены от здоровой кожи, не склонны к периферическому росту и слиянию, располагаются фокусно;
- полиморфизм высыпаний - одновременное наличие различных сифилидов: розеола, папулы, пустулы;
- острозаразность элементов вторичного периода сифилиса;
- быстрое разрешение вторичных сифилидов под влиянием противосифилитического лечения.

Для установления диагноза вторичного периода сифилиса необходимы:

- данные анамнеза;
- объективные клинические данные заболевания;
- обнаружение возбудителей в очагах поражений;
- серологические исследования крови;
- специальные функциональные методы исследования.

Пятнистый сифилид (сифилитическая розеола) является самым частым высыпанием во *вторичном свежем сифилисе*. Сыпь располагается преимущественно на туловище и конечностях. Розеола появляется постепенно и достигает полного развития за 7-10 дней. Продержавшись без лечения в среднем 3-4 недели, розеола постепенно исчезает. При обострении процесса после введения пенициллина розеола более выражена (реакция Геркстеймера-Яриша-Лукашевича) и может появиться в новых местах.

Признаки пятнистого (розеолёзного) сифилида:

- пятна розовые и бледно-розовые;
- обильные, редко сливаются;
- расположены беспорядочно, симметрично, фокусно;
- с округлыми, нерезкими очертаниями;
- не возвышаются над кожей;
- не шелушатся;
- не вызывают субъективных ощущений;
- при диаскопии исчезают.

Диагностика сифилитической розеола при вторичном сифилисе затруднений не вызывает. При *дифференциальной диагностике* пятнистого сифилида следует исключить пятнистые высыпания инфекционных заболеваний (корь, краснуха, брюшной тиф), розовый лишай, отрубевидный лишай, токсикодермию, мраморность кожи, пятна от укуса лобковых вшей.

■ При кори пятна обильные, крупные, сливаются. Яркая сыпь сначала появляется на лице, шее, затем на туловище, конечностях, в том числе на кистях и стопах. На слизистой оболочке щёк, иногда на губах, дёснах возникают точечные белесоватые пятна Филатова-Кёплика.

■ У больных краснухой сыпь вначале появляется на лице, затем на шее и распространяется на туловище. Высыпания бледно-розовые, размером до

чечевицы, не склонны к слиянию, несколько выступают над поверхностью кожи, бесследно исчезают. Иногда беспокоит зуд.

■ Высыпания при брюшном тифе всегда сопровождаются тяжёлыми общими явлениями. Розеола не столь обильна, нередко приобретает геморрагический характер.

■ У больных розовым лишаем на боковой поверхности туловища появляется материнская бляшка в виде крупного овального розово-красного пятна, центральная часть которого покрыта пластинчатой чешуйкой, подобной мягкой папиросной бумаге. Через 1-2 недели появляются множественные мелкие розеолезные пятна на кожу туловища, конечностей, лица, шеи, бёдер. Умеренно выражен зуд. Спустя 6-8 недель сыпь исчезает.

■ При отрубевидном (разноцветном) лишае пятна располагаются на коже груди, спины, плеч, шеи. Пятна невоспалительные, желтовато-бурого цвета, разных оттенков, сливаются, шелушатся. При смазывании раствором йода очаги поражения окрашиваются более интенсивно по сравнению с окружающей кожей.

■ При токсикодермии розеола крупная, красно-синюшная, сопровождается зудом и жжением, располагается преимущественно в области крупных складок, отличается острым развитием, шелушением, склонна к слиянию.

■ Пятна от укуса лобковых вшей появляются на животе, лобке, бёдрах, боковой поверхности туловища и отличаются серовато-фиолетовым синюшным цветом с геморрагической точкой в центре от укуса лобковых вшей. Пятна не исчезают при надавливании.

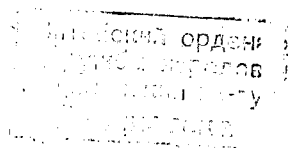
■ Мраморная кожа возникает в результате просвечивания расширенных поверхностных капилляров кожи. В центре их окраска кожи нормальная, а по периферии - красновато-синюшная.

При дифференциальной диагностике сифилитической розеола с вышеприведёнными заболеваниями имеют значение отсутствие других клинических симптомов вторичного сифилиса, а также результаты серологического обследования больных.

Папулёзные сифилиды являются частым проявлением *вторичного рецидивного сифилиса*.

Различают следующие разновидности папулёзных сифилидов:

- лентикулярный
- милиарный
- нумулярный
- мокнущий
- ладонно-подошвенный
- широкие кондиломы



- Лентикулярный папулёзный сифилид представляет собой разновидность сифилитических папул, которые имеют плотнoэластическую консистенцию, округлые, резкие очертания, полушаровидную форму, без воспалительного ободка, медно-красного цвета с синюшным оттенком.
- Милиарный или мелкопапулёзный сифилид встречается редко и располагается преимущественно на коже туловища в виде сгруппированных буровато-красных или медно-красных конических плотных папул величиной с просыное зерно. Высыпания образуют кольца, дуги, бляшки с зубчатыми краями и мелкозернистой поверхностью. Узелки располагаются вокруг устьев волосяных фолликул. Иногда милиарные папулы настолько мелкие, что напоминают гусиную кожу.
- Нумулярный или монетовидный папулёзный сифилид представлен округлыми папулами до 2,5 см в диаметре. Папулы буроватого или красного цвета, имеют уплощенную полушаровидную поверхность. При рассасывании таких папул долго остаётся пигментация.
- Мокнуший папулёзный сифилид обычно представлен папулами в местах повышенной потливости и постоянного трения (анальная область, половые органы, паховобедренные, межягодичные, подмышечные складки). При этом происходит мацерация и отторжение рогового слоя с поверхности папул с образованием мокнущей эрозии. В серозном отделяемом мокнущих эрозивных папул выявляется большое количество бледных трепонем. Резкие границы каждого элемента, выступающая над поверхностью эрозия, умеренно выраженные ощущения зуда и жжения позволяют установить диагноз.
- Ладонно-подошвенный папулёзный сифилид выглядит как резко ограниченные красновато-фиолетовые или желтоватые пятна с плотной инфильтрацией у основания. Впоследствии на поверхности таких элементов образуются плотные, трудно удаляемые чешуйки. Затем роговой слой в центре папулы трескается и папула начинает шелушиться, образуя “воротничок Биетта”. Иногда ороговение на поверхности папул на ладонях и подошвах приводит к образованию мозолеподобных утолщений.
- Широкие кондиломы (вегетирующие папулы) обычно располагаются в области крупных складок, промежности, половых органов, вокруг заднего прохода и возникают в результате умеренного длительного раздражения. Они крупные, возвышаются над уровнем кожи, сливаются, образуют бляшки. Поверхность широких кондилом бугристая, неровная, мацерирована, у некоторых больных эрозирована или изъязвлена. Широкие кондиломы характерны для вторичного рецидивного сифилиса и нередко являются единственным проявлением болезни.

Сифилитические папулы следует отличать от папул при различных дерматозах. Лентикулярные папулы *дифференцируют* от высыпаний при красном плоском лишае, каплевидном параспориазе, псориазе, папуло-некротическом туберкулёзе кожи, контагиозном моллюске.

■ красный плоский лишай - плоские, плотные, полигональные папулы с восковидным блеском, пупковидным вдавлением в центре, фиолетовые; излюбленная локализация - внутренняя поверхность предплечий;

■ каплевидный параспориаз - мягкие, слегка возвышаются над кожей, красно-коричневатой окраски, покрыты чешуйкой в виде облатки; при поскабливании появляются точечные кровоизлияния на поверхности папулы и на коже возле неё;

■ псориаз - папулы красного и розового цвета, покрыты серебристо-белыми чешуйками; при поскабливании наблюдаются феномены стеаринового пятна, терминальной плёнки, точечного кровотечения; элементы склонны к периферическому росту; расположение симметричное, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, в области локтевых и коленных суставов, волосистой части головы;

■ папуло-некротический туберкулёз кожи - папулоподобные красновато-синюшные элементы с некрозом в центральной части; располагаются преимущественно на задней поверхности верхних и передней поверхности нижних конечностей, на пальцах, лице; отмечается ложный эволюционный полиморфизм, штампованные рубцы после регресса элементов; часто выявляется туберкулёз внутренних органов, костей, суставов или лимфатических узлов; положительная реакция Манту; отрицательные серологические реакции;

■ контагиозный моллюск - небольшие, размером с горошину папулы полушаровидной формы, с пупковидным вдавлением в центре, белесовато-перламутрового цвета, блестящие, без воспалительного ободка по периферии; при сдавливании с боков из моллюска выделяется клейкая белесоватая густая масса.

Милиарные сифилитические папулы необходимо *дифференцировать* с лихеноидным туберкулёзом кожи и микидами:

■ лихеноидный туберкулёз кожи - мелкие, с булавочную головку, мягкие, желтовато-розовые, сгруппированные, фолликулярные папулы, покрытые

нежной чешуйкой, пронизаны пушком; расположены на боковой поверхности туловища; встречается чаще у детей и подростков, страдающих компенсированным туберкулёзом легких, лимфатических узлов, костей, суставов; сыпь возникает после перенесенного инфекционного заболевания - скарлатины, кори, гриппа; положительная реакция Манту; серологические реакции на сифилис отрицательные;

■ микиды - наблюдаются у пациентов с инфильтративно-нагноительной трихофитией; характеризуются мелкими, красными, зудящими, симметрично расположенными папулами.

Мокнувшие папулёзные сифилиды имеют сходство с ложносифилитическими папулами:

■ ложносифилитические папулы возникают на гребнях больших половых губ и имеют вид плотных, круглых, возвышающихся над кожей элементов размером с чечевицу, бледно-розового цвета. Поверхность папул блестящая, сухая, не эрозирована. Бледная трепонема не выявляется.

Широкие кондиломы следует *дифференцировать* от остроконечных кондилом, варикозных геморроидальных вен, вегетирующей пузырчатки:

■ остроконечные кондиломы - вегетирующие опухолевидные разрастания в области крупных складок, расположенные на узкой ножке, легко кровоточат, мягкоэластической консистенции; серологические реакции на сифилис отрицательные;

■ геморроидальные узлы с одной стороны покрыты слизистой оболочкой прямой кишки; они имеют мягкую консистенцию, кровоточат, не имеют плотностластического инфильтрата;

■ вегетирующая пузырчатка - пузыри на неизменённой коже, слизистой оболочке рта, длительно незаживающие болезненные эрозии; положительный симптом Никольского; акантолитические клетки в мазках-отпечатках; мягкие вегетации, возникающие на дне пузырей в области крупных складок.

Пустулёзные сифилиды обычно возникают при вторичном сифилисе в результате распада папул и образования желтовато-коричневых корок, похожих на пиодермические. В отличие от гнойничков, на их периферии имеется валик инфильтрата, а не островоспалительный ободок. Пустулёзные

сифилиды чаще возникают у лиц с пониженной сопротивляемостью организма, страдающих сопутствующими заболеваниями (туберкулёзом, малярией, алкоголизмом). Появление сыпи иногда сопровождается повышением температуры тела, снижением массы тела.

Разновидности пустулёзных сифилидов:

- угревидный
- импетигиозный
- оспенновидный
- эктиматозный
- рупиоидный

зависят от локализации сыпи, размеров элементов, степени распада.

- Угревидный или акнесиформный пустулёзный сифилид характеризуется мелкими, коническими, фолликулярными папулами, расположенными на лице, груди, спине, верхних конечностях. На вершине папул имеется пустула, гнойный экссудат которой ссыхается в желтовато-коричневую корочку с пигментированным вдавлением в центре.

Дифференцировать угревидный сифилид следует с вульгарными угрями, йодистыми и бромистыми угрями, нодулярным аллергическим васкулитом, папулонекротическим туберкулёзом.

■ Вульгарные угри отличаются островоспалительными пустулами, болезненностью, наличием комедонов и ретенционных кист, хроническим течением с частыми рецидивами.

■ Йодистые и бромистые угри отличаются островоспалительной реакцией, наличием крупных пустул, отсутствием плотного инфильтрата у основания, быстрым разрешением высыпаний после прекращения приёма препаратов йода или брома.

■ Аллергический узелковый васкулит протекает длительно, элементы развиваются торпидно и локализуются на разгибательных поверхностях конечностей. На месте узелковых высыпаний остаются “штампованные” рубчики.

■ Папулонекротический туберкулёз кожи характеризуется высыпаниями на задней поверхности верхних и передней поверхности нижних конечностей, эволюционным полиморфизмом, типичными штампованными рубцами, положительной реакцией Манту, отрицательными серологическими реакциями на сифилис.

- Импетигиозный пустулёзный сифилид проявляется высыпаниями округлых папул с поверхностным распадом в пределах эпидермиса, который в дальнейшем ссыхается в грязно-желтую корочку с красно-синюшным плотным валиком. Высыпания локализованы на лбу, груди, спине, передней поверхности верхних конечностей.

- **Вульгарное импетиго** отличается от сифилитического острым началом, быстрым распространением, образованием фликтен без уплотнения у основания, золотистыми или грязно-серыми корками, слиянием высыпаний в большие очаги.

- Оспенновидный пустулёзный сифилид представляет собой полушаровидные пустулы величиной с горошину с резко отграниченным инфильтратом медно-красного цвета и пупкообразным вдавлением в центре. Затем содержимое пустулы ссыхается в корку, после отторжения которой остаются пигментация и атрофический рубец. Элементы оспенновидного сифилида расположены обычно на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, лице.

- Дифференцировать* оспенновидный сифилид следует с натуральной и ветряной оспой.

- **Натуральная и ветряная оспа** характеризуются острым началом заболевания с высокой температурой, тяжёлым общим состоянием больного, отсутствием у основания пустул плотного инфильтрата, первоначальным появлением высыпаний на лице, отрицательными серологическими реакциями.

- Эктиматозный пустулёзный сифилид (сифилитическая эктима) возникает в результате глубокого распада крупных монетовидных папул. Распад эктимы прогрессирует вглубь и по периферии. Возникает вначале тёмно-красный инфильтрат, в центре которого образуется пустула, засыхающая в бурюю вдавленную корку с окружённым инфильтратом медно-красного цвета. Эктима увеличивается в размерах, и после удаления корки обнажается глубокая язва с отвесными краями и гладким дном, покрытым некротическими массами с гнойным отделяемым. После заживления эктимы остаётся пигментированный рубец.

- **Вульгарная эктима** отличается от сифилитической наличием стрептококковой пустулы с островоспалительной реакцией окружающей кожи, отсутствием инфильтрации в основании пустулы и вокруг неё.

- Рупиоидный пустулёзный сифилид представляет собой разновидность тяжело протекающих эктим с резко выраженной тенденцией к распространению и образованием массивных, слоистых буро-чёрных корок, похожих

на устричную раковину. При удалении корки обнажается глубокая болезненная язва с инфильтрированными краями и грязно-кровянистым отделяемым. После заживления язвы остается глубокий пигментированный рубец.

Сифилитическая рупия имеет сходство с рупиоидной формой псориаза и рупиоидной пиодермией, которые встречаются очень редко.

■ При рупииоидном псориазе устрицеподобные наслоения представляют собой не чешуйко-корки, а только чешуйки без примеси экссудата. После удаления чешуйки обнажается розово-красная поверхность псориагической папулы, а не язва.

Сифилитическая лейкодерма (или пигментный сифилид) возникает во вторичном рецидивном сифилисе на 6-8 месяце после заражения. Поражается преимущественно кожа задней и боковых поверхностей шеи (“ожерелье Венеры”), иногда - верхняя часть груди, спина, живот. В очагах поражения на фоне умеренно гиперпигментированной кожи выявляются гипопигментированные пятна округлых очертаний и различных размеров. Лейкодерма лучше видна при боковом освещении. Пятна отделяются друг от друга тонкой пигментированной полоской.

Признаки сифилитической лейкодермы:

- имеются депигментированные пятна на гиперпигментированном или обычном фоне;
- отсутствуют воспалительные явления;
- больных не беспокоит зуд;
- нет шелушения;
- пятна стойкие (исчезают через 1-2 года).

Сифилитическую лейкодерму следует *дифференцировать* от витилиго и вторичной лейкодермы после отрубевидного лишая, псориаза, парапсориаза, экземы, атопического дерматита.

■ Витилиго отличается полным отсутствием пигмента в очагах поражения, более крупными размерами очагов депигментации, склонностью к периферическому росту и слиянию.

■ Вторичная лейкодерма, возникшая на месте отрубевидного лишая, характеризуется различной формой и величиной депигментированных пятен, склонных к слиянию и имеющих фестончатые очертания очагов, а также наличием шелушащихся элементов молочно-кофейного цвета, выявляемых пробой с йодной настойкой.

■ Вторичная лейкодерма после псориаза, парapsориаза, экземы, атопического дерматита имеет более крупные размеры, различную локализацию. В диагностике помогут анамнестические данные и отрицательные серологические реакции на сифилис.

Сифилитическая алопеция (облысение) наблюдается чаще у больных вторичным рецидивным сифилисом. Волосы выпадают в результате нарушения питания их корней. Чаще поражаются височно-теменные и затылочные области. При тяжёлом течении болезни могут выпадать волосы в области бороды, усов, бровей, ресниц, подмышечных впадин. На участках поражения кожа не изменена, нет шелушения и покраснения, отсутствуют субъективные ощущения. Через 1-2 месяца рост волос восстанавливается, первоначально в старых очагах, а затем в более молодых. Поражённые ресницы вследствие частичного выпадения и последующего отрастания имеют разную длину (ступенчатообразные ресницы - признак Пинкуса).

Различают три разновидности сифилитической алопеции:

- мелкоочаговая;
- диффузная;
- смешанная.

При дифференциальной диагностике исключают вторичную рубцовую алопецию после глубоких язвенных поражений (глубокая пиодермия, травмы, ожоги, инфильтративно-нагноительные микозы), а также после хронических дерматозов (красная волчанка, псевдопелада Брока).

■ При гнездном облысении появляются крупные округлые очаги, чаще единичные, резко отграниченные, имеющие блестящую поверхность с полным отсутствием волос, зону расшатанных волос по периферии.

■ При микроспории и трихофитии волосистой части головы в очагах поражения имеется шелушение и гиперемия, остатки обломанных волос. Лабораторно в поражённых волосах обнаруживаются споры гриба.

■ При себорейном облысении волосы жирные или сухие, тонкие, ломкие, процесс прогрессирует медленно, сопровождается зудом. Выпадение волос развивается в лобной и теменных областях.

■ Преждевременное облысение имеет наследственный характер, развивается постепенно, медленно, волосы выпадают прежде всего в лобной и теменной областях. Серологические реакции на сифилис отрицательные.

■ Выпадение волос после острых инфекционных заболеваний (брюшной и сыпной тиф, грипп) устанавливают на основе анамнестических данных, диффузного характера облысения, отсутствия признаков сифилиса, отрицательных серологических реакций на сифилис.

Поражения слизистых оболочек встречаются часто у больных вторичным рецидивным сифилисом и иногда являются единственным симптомом болезни. Обычно поражается слизистая оболочка полости рта, губ, языка, глотки и гортани. Наблюдаются *пятнистые и папулёзные сифилиды* слизистых оболочек. Высыпания эрозированы, мацерированы, заразны и опасны в эпидемиологическом плане, регрессируют медленно.

Розеолёзные (пятнистые) сифилиды на слизистой оболочке полости рта представляют собой округлые, красно-синюшные, чётко отграниченные розеола, не возвышаются над уровнем тканей, иногда сливаются, не вызывают субъективных ощущений, исчезают бесследно. При сифилитической эритематозной ангине может быть чувство першения в горле, но боль отсутствует. Сифилитические эритематозные ларингиты могут сопровождаться небольшой охриплостью голоса. При катаральном эритематозном сифилитическом рините отмечается сухость слизистых оболочек.

Папулёзные сифилиды слизистых оболочек являются наиболее частыми проявлениями вторичного периода сифилиса.

Признаки язвенных и эрозивных папулёзных сифилидов слизистых оболочек:

- плотные, плоские, округлые, чётко отграниченные;
- без периферического воспалительного ободка;
- ярко-красного цвета;
- обычно не беспокоят больных, иногда болезненны;
- без острых воспалительных явлений.

При *сифилитической папулёзной ангине* высыпания появляются на слизистой оболочке полости рта, языка, губ. Папулы в области зева сопровождаются болезненностью, а при их изъязвлении - болью при глотании. При поражении голосовых связок появляются кашель, осиплость голоса вплоть до афонии.

Папулы на слизистой языка имеют отполированную, гладкую, блестящую поверхность ("лоснящиеся" папулы), розовато-синюшный цвет, неправильные или овальные очертания, располагаются ниже уровня окружающей слизистой оболочки в виде бляшек "скошенного луга".

Сифилитическую папулёзную ангину, папулы на слизистой полости рта и языка *дифференцируют* с рядом заболеваний.

■ Язвенно-некротическая ангина Симоновского-Плаута-Венсана характеризуется островоспалительными явлениями, односторонностью поражения, сильной болезненностью, язвами с некротическими массами, гнилостным запахом изо рта, регионарным лимфаденитом, отрицательными серологическими реакциями на сифилис.

■ Обычная ангина сопровождается высокой температурой тела, нарушением общего состояния больного, резким отёком и гиперемией зева, миндалин, дужек, мягкого нёба; нечёткими границами поражения, сильной болезненностью при глотании, отсутствием признаков сифилиса.

■ При дифтерии на миндалинах появляется фибринозный налёт грязно-серого цвета, слегка блестящий, плотно прилегающий; отмечаются явления токсикоза.

■ Папулы при красном плоском лишае на слизистой оболочке полости рта плотные, белесоватые, с блестящей поверхностью, полигональные, почти не возвышаются над уровнем тканей. Имеются также типичные высыпания на коже внутренней поверхности предплечий. Серореакции отрицательные.

■ Афтозный стоматит начинается остро; сопровождается болезненными, желтоватыми эрозиями с ярко-красным ободком; исчезает через неделю бесследно, часто рецидивирует.

■ Плоская лейкоплакия развивается постепенно, медленно прогрессирует; имеется серовато-белый налёт с шероховатой поверхностью без воспалительных явлений.

■ Глоссит десквамативный (“географический язык”) представлен участками десквамации ярко-красного цвета, белой каймой по периферии, фестончатыми очертаниями, отсутствием уплотнений в основании, хроническим течением заболевания.

Сифилитические поражения гортани, голосовых связок, слизистой оболочки носа распознаются на основании клинической картины, лабораторных данных и характеризуются следующими признаками:

- безболезненность;
- длительное течение;
- отсутствие острых воспалительных явлений;
- устойчивость к традиционной терапии;
- другие симптомы сифилиса;
- положительные серологические реакции.

1.4.3. ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА

Третичный период сифилиса при классическом течении инфекции развивается спустя 4-5 лет с момента заражения. В последние десятилетия третичный сифилис наблюдается редко. Основными причинами его появления являются тяжелые сопутствующие заболевания, физические и психические травмы, интоксикации, алкоголизм, туберкулёз, ревматизм, неполноценное питание, иммунодефицитные состояния. Этот период сифилиса характеризуется поражением кожи, слизистых оболочек, костей, суставов, нервной системы, внутренних органов (сердце, лёгкие, печень, аорта), органов чувств, глаз.

Сифилиды третичного периода сифилиса имеют следующие особенности:

- малозаразительность;
- мономорфность и асимметричность;
- медленное развитие и регресс;
- отсутствие островоспалительных явлений;
- отсутствие субъективных ощущений;
- деструктивность очагов поражения;
- разрешение рубцевидной атрофией;
- изъязвление с формированием рубцов;
- лимфаденит не типичен.

Различают *активную* (манифестную) стадию третичного сифилиса и *скрытую* (латентную). Активная стадия сопровождается явными признаками сифилиса, скрытая характеризуется наличием остаточных признаков активных проявлений сифилиса (рубцы, изменения костей).

При третичном активном сифилисе наблюдаются дермальные *бугорки* (поверхностный узловатый сифилид) либо формируются гиподермальные узлы - *гуммы* (глубокий узловый сифилид или подкожная гумма).

Бугорковые сифилиды характеризуются высыпаниями на ограниченных участках кожи в виде плотных, синюшно-красных, безболезненных бугорков, залегающих на разной глубине дермы и не сливающихся между собой.

Различают следующие клинические разновидности бугоркового сифилида:

- сгруппированный;
- серпигинирующий;
- диффузный;
- карликовый.

- Сгруппированный бугорковый сифилид локализуется на коже разгибательной поверхности конечностей, носа, лба, в области лопаток, поясницы. Бугорки располагаются близко, фокусно, не сливаются, находятся на разных этапах развития (эволюционный полиморфизм), небольших размеров, плотные, красно-синюшного цвета, могут рассасываться (оставляя рубцовую атрофию) или изъязвляться. Язва округлая с плотным валикообразным краем. На дне язвы располагается некротический стержень, который через несколько недель отторгается. Язва выполнена грануляциями, рубцуется. Рубец плотный, глубокий, звёздчатый, на нём не бывает рецидивных бугорков.
- Серпигинирующий (ползучий) бугорковый сифилид представлен в виде небольшого очага слившихся бугорков. Постепенно процесс прогрессирует по периферии, а в центре регрессирует. Одновременно с появлением новых бугорков происходит изъязвление и рубцевание старых элементов. После заживления формируется мозаичный рубец с фестончатыми краями и фокусными рубчиками вблизи. Более свежие рубцы гиперпигментированы, а более старые депигментированы. Новые бугорки никогда не появляются на рубцах.
- Диффузный бугорковый сифилид (“площадкой”) представляет собой очаг слившихся бугорков, образующих сплошную уплотнённую бляшку размером с ладонь, тёмно-красного цвета, с незначительным шелушением, полициклическими очертаниями. Регресс бляшки происходит “сухим” разрешением с формированием рубцовой атрофии либо изъязвлением с последующим образованием характерного мозаичного рубца.
- Карликовый бугорковый сифилид проявляется бугорками небольших размеров от булавочной головки до конопляного зерна. Они никогда не изъязвляются, регрессируют “сухим” путём, оставляют после себя рубцевидную атрофию.

Бугорковые сифилиды *дифференцируют* с туберкулёзной волчанкой, папулонекротическим туберкулёзом кожи, туберкулоидной лепрой, базальноклеточной карциномой, кольцевидной гранулёмой, красными угрями, саркоидозом, эктиматозной пиодермией, лейшманиозом кожи, липоидным некробиозом, хронической язвенной пиодермией.

- При туберкулёзной волчанке бугорки имеют мягкую консистенцию, красного цвета с желтоватым оттенком. При надавливании на бугорки пуговчатым зондом длительно сохраняется ямка (симптом Поспелова), язва легко кровоточит (“симптом зонда”). При диаскопии имеется поло-

жительный феномен “яблочного желе” (изменение цвета очага до оранжевого). Язва длительно не заживает, отмечается выраженная болезненность, нет тенденции к рубцеванию. Края язвы мягкие, неровные, нависающие. Образующиеся рубцы ровные, гладкие, мягкие, на них часто появляются новые бугорки. Реакции Пирке и Манту положительные.

■ При папулонекротическом туберкулёзе кожи высыпания располагаются симметрично на задней поверхности верхних и передней поверхности нижних конечностей. Высыпания обильные с некрозом в центре, впоследствии образуются штампованные рубцы. Реакция Манту положительная. Имеются другие очаги туберкулёзного поражения.

■ При туберкулоидном типе лепры бугорки буро-красные, кольцевидно расположены, имеют запавший атрофический центр и приподнятый валикообразный край. В очагах поражения отсутствуют температурная, болевая и тактильная чувствительность, а также потоотделение.

■ Базальноклеточная карцинома преимущественно одиночная, локализована на лице, имеет периферический валик с наличием плотных блестящих узелков наподобие жемчужин. В центре базалиомы отмечается слегка кровоточащая эрозия, которая длительно существует, медленно прогрессирует, не рубцуется.

■ При кольцевидной гранулёме узелки располагаются преимущественно на коже кистей в виде колец розоватого или нормального цвета, имеется лёгкая атрофия в центре, узелки редко изъязвляются. Наблюдается у лиц молодого возраста.

■ Для красных угрей характерны островоспалительные явления в виде венчика гиперемии по периферии, папулёзные и пустулёзные элементы, телеангиэктазии, а также обнаружение клеща *Demodex folliculorum*.

■ Мелкоузелковый саркоидоз Бенье-Бека-Шумана проявляется мелкими множественными плотными узелками красно-коричневого цвета. При диаскопии выявляются мелкие жёлто-золотистые пылевые точки в виде песчинок. Положительная внутрикожная проба с антигеном из поражённой ткани.

■ Эктиматозная пиодермия сопровождается острыми воспалительными явлениями и болезненностью, развитием лимфаденита и лимфангита, а также фликтен и фолликулов.

■ При лейшманиозе бугорки островоспалительные, ярко-красного или синюшного цвета, мягкой консистенции. Вокруг бугорков или изъязвлённых обнаруживаются лимфангиты, болезненные при пальпации. В отделяемом язв находят тельца Боровского.

■ Липоидный некробиоз характерен для больных сахарным диабетом, сопровождается зудом. Очаги поражения в виде пятнистых или узелковых элементов розового и красно-синюшного цвета. Узелки сливаются и образуют бляшки плотной консистенции с гладкой поверхностью, в

центре которых формируется атрофия и возникают телеангиэктазии. Бляшки могут изъязвляться и сопровождаться болезненностью.

■ **Хроническая язвенная пиодермия** отличается значительной болезненностью, мягкими, подрытыми и кровоточащими краями язв, дно которых покрыто гнойным отделяемым, и вялыми грануляциями. Серологические реакции на сифилис и пробное лечение препаратами йода или солей висмута помогут в диагностике заболевания.

Гуммозные сифилиды в настоящее время встречаются редко. Они проявляются отдельными узлами или разлитой гуммозной инфильтрацией. В развитии гуммозного сифилида выделяют несколько периодов: образование и рост, размягчение, спаивание с кожей, изъязвление, расплавление и отторжение гуммозного стержня с последующим рубцеванием. Возможно также “сухое” разрешение с рубцевидной атрофией. Преимущественная локализация гумм - голени, верхние конечности, реже поражаются грудь, живота, живот, спина.

Различают следующие клинические формы гуммозного сифилида:

- изолированные гуммы;
- гуммозные инфильтраты;
- фиброзные гуммы (“околосуставные узловатости”).

- **Изолированные гуммы** возникают в подкожной основе и представляют собой плотноэластические, чётко отграниченные, безболезненные, не спаивающиеся с кожей шаровидные узлы. Постепенно узлы увеличиваются до размеров лесного ореха, а иногда куриного яйца, спаиваются с окружающими тканями и кожей, которая постепенно краснеет и размягчается. В центре гуммы появляется флюктуация, и гумма вскрывается, выделяется тягучая жидкость грязно-жёлтого цвета. Происходит некроз и отторжение гуммозного стержня с образованием гуммозной язвы. Язва с плотными, отвесными, валикообразными краями, чёткими границами. После отторжения гуммозного стержня дно язвы заполняется грануляциями, затем наступает рубцевание. Рубец гиперпигментированный, глубокий, втянутый в центре, звёздчатый, плотный. Эволюция гуммы длится от нескольких недель до нескольких месяцев.
- **Гуммозные инфильтраты** возникают в результате слияния нескольких гумм и представляют собой очаги с резко отграниченными краями. Образуется обширная язва с полициклическими краями, которая заживает рубцом. Характерна стадийность развития.
- **Фиброзные гуммы** (“околосуставные узловатости”) образуются вследствие перерождения сифилитических гумм, когда гуммозный инфильтрат замещается соединительной тканью и подвергается фиброзу с последующим отложением солей кальция. Фиброзные гуммы чаще одиночные и локализуются на передней и задней поверхности локтевых и коленных суставов в

виде подвижных, безболезненных образований шаровидной формы, хрящевой консистенции. Околосуставные узловатости не изъязвляются.

Гуммозный сифилид следует *дифференцировать* с колликвативным туберкулёзом кожи, индуративным туберкулёзом кожи, эктимой обыкновенной, эктимой сифилитической, хронической язвенной пиодермией, плоскоклеточным раком, базальноклеточным раком, лепрой, лейшманиозом, узловой эритемой, узловатым аллергическим васкулитом, узловатым паникулитом, фибролипомой, атеромой.

■ Колликвативный туберкулёз кожи (скрофулодерма) представлен множественными подкожными узлами по ходу лимфатических сосудов, которые постепенно сливаются, спаиваются с кожей и вскрываются с образованием язв. Язвы неправильной формы с мягкими подрытыми краями. Содержимое язв гнойное с примесью крови и творожистых масс. Дно язвы покрыто вялыми грануляциями, легко кровоточит. Образуются мягкие рубцы с сопочками по краям и “мостиками”. Проба Манту положительная. Серологические реакции на сифилис отрицательные. Скрофулодермой болеют преимущественно в детском и юношеском возрасте.

■ Индуративный туберкулёз кожи чаще наблюдается у женщин. Плотные и слегка болезненные, спаянные с кожей узлы расположены на голених. Над очагами кожа синюшно-красная, иногда узлы изъязвляются. Дно язвы покрыто грязно-серыми грануляциями. Течение длительное, обострения наступают в холодное время года. Реакция Манту положительная. Серологические реакции РИТ, РИФ отрицательные.

■ Эктима обыкновенная сопровождается островоспалительными явлениями, болезненностью, гиперемией кожи вокруг очага, отсутствием плотного валика вокруг язвы и наличием фолликулитов, лимфаденита и лимфангита.

■ Эктима сифилитическая иногда сопровождается нарушением общего состояния в виде слабости, утомляемости, головной боли, снижения аппетита, а также отличается от гуммозного сифилида мощной коркой серо-бурого цвета.

■ Хроническая язвенная пиодермия характеризуется островоспалительным началом процесса с импетиго, фолликулита или эктимы. Впоследствии образуются мягкие, болезненные язвы с подрытыми краями и гнойным отделяемым, с вялым хроническим течением.

■ Плоскоклеточный рак характеризуется язвой неправильной формы, с плотными “вывороченными” краями, неровным бугристым дном, отсутствием гуммозного стержня, деревянистым уплотнением у основания.

■ Базальноклеточный рак имеет валикообразный край, пронизанный сосудами и содержащий блестящие жемчужные узелки. Дно язвы гладкое, красного мясного цвета.

■ Лепромы имеют застойно-красный цвет с бурым оттенком, гладкую блестящую поверхность, редко распадаются. Отмечается нарушение температурной, болевой и тактильной чувствительности. Обнаружение микобактерий лепры в очагах поражения и специфический лепроматозный инфильтрат при гистологическом исследовании подтверждают диагноз.

■ При лейшманиозе кожи имеются характерные островоспалительные явления с лимфангитами и лимфаденитами. Пребывание больного в эндемичных по лейшманиозу зонах и обнаружение возбудителя из язв помогают установить диагноз.

■ Узловатая эритема сопровождается выраженной болезненностью и возникновением в подкожной клетчатке узлов с измененным над ними цветом кожи от ярко-красного до фиолетового; изъязвлений не наблюдается.

■ Васкулит узловатый аллергический характеризуется развитием болезненных узлов мягкой консистенции с гиперемированной кожей над ними. Высыпания сопровождаются общей слабостью, субфебрильной температурой, лейкоцитозом, эозинофилией.

■ При узловатом панникулите гиподермальные узлы имеют плотную консистенцию с последующим формированием атрофических участков. Заболевание отличается хроническим рецидивирующим течением. У больных отмечается нарушение общего состояния в виде суставных и мышечных болей, повышения температуры тела.

■ Фибролипомы представлены множественными подкожными мягкими узлами с дольчатым строением и очень медленным увеличением в размерах; кожа над ними не изменена.

■ Атеромы представляют собой медленно прогрессирующую кисту сальной железы плотноэластической консистенции, с четкими границами, нагнаивающуюся, с творожистым зловонным содержимым.

Поражения слизистых оболочек в третичном периоде сифилиса встречаются довольно часто. Специфические изменения наблюдаются на мягком и твердом небе, слизистой оболочке носа, на задней стенке глотки и языке. Сифилиды слизистых оболочек отличаются ярким цветом, отёчностью вследствие выраженных экссудативных явлений.

На мягком и твердом небе могут располагаться гуммозные и бугорковые высыпания. Они изъязвляются, приводят к разрушению тканей, иногда к отторжению язычка, а после рубцевания - к деформации мягкого неба.

Гуммы слизистой оболочки носа развиваются первично или иррадируют с прилежащих участков, чаще располагаются в области перегородки, на границе хрящевой и костной частей. Субъективные ощущения отсутствуют. После образования язвы слизь из носа становится гнойной. При исследовании зондом на дне язвы определяется шероховатая поверхность некротизированной кости. Может произойти разрушение носовой перегородки и наступает деформация носа (“седловидный нос”).

Третичные сифилиды гортани могут вызывать перихондриты, поражения голосовых связок (осиплость, охриплость, афония), кашель с густой грязно-жёлтой слизью. В результате рубцевания язв происходит неполное смыкание голосовых связок, и голос навсегда становится сиплым.

Третичные сифилиды глотки представлены в виде мелких гуммозных узлов или разлитой гуммозной инфильтрации, которые в результате их изъязвления вызывают боль и функциональные расстройства.

Третичные сифилиды языка наблюдаются в виде ограниченных гумм или диффузных гуммозных инфильтраций. В толще языка образуются несколько гумм размером с лесной орех, которые затем изъязвляются. При диффузном гуммозном глоссите язык резко увеличен в объёме, плотный, красно-синюшный, легко травмируется, малоподвижный, складки сглажены. После рассасывания инфильтрата язык сморщивается, искривляется, теряет подвижность.

В третичном периоде сифилиса **кости и суставы** поражаются часто. Проявляется это ночными болями разной интенсивности. В третичном периоде сифилиса чаще страдают кости голеней, черепа, грудина, ключица, локтевая кость, носовые косточки.

Гуммозный периостит проявляется припухлостью, болезненностью при надавливании. На рентгеновских снимках видно сочетание остеопороза с остеосклерозом. По краю припухлости прощупывается плотный костный валик. При распаде инфильтрата кожа краснеет, образуется типичная язва с возвышенными, плотными и отвесно опускающимися на дно краями. После отхождения гуммозного стержня обнажается неровная поверхность некротизированной кости, которая потом секвестрируется. Заживление происходит глубоким, спаянным с костью, неподвижным рубцом.

Гуммозный остит вызывает боль, усиливающуюся ночью; болезненна даже лёгкая перкуссия. После рассасывания инфильтрата поверхность кости становится ровной. Если он расплавляется, то образуются большие сек-

вестры с неприятным запахом. При поражении кости может возникать специфический остеомиелит, а при распространении процесса из глубины кнаружи - остеоperiостит с образованием гуммозной язвы, дном которой служит омертвевшая кость. Заживление наступает только после его отхождения.

Синовиты наблюдаются преимущественно в коленных, локтевых, голеностопных и грудино-ключичных суставах. Припухание, серозный выпот, ограниченность функции выражены не очень сильно. При хронических гуммозных синовитах имеется сплошное или узловатое утолщение синовиальной оболочки. Гуммозный инфильтрат распадается крайне редко, обычно он замещается рубцовой тканью. При остеоартритах наблюдается сочетание гумм в эпифизах и хрящах с переходом процесса на синовиальную оболочку. Поражение развивается медленно, без лихорадки, иногда с небольшим выпотом в суставную сумку. Функция суставов обычно не нарушается.

1.4.4. СКРЫТЫЙ СИФИЛИС

При *скрытом сифилисе* заболевание протекает

- латентно с момента заражения,
- без клинических проявлений,
- с положительными серологическими реакциями в крови.

Различают *ранний и поздний* скрытый сифилис.

1. **Ранний скрытый сифилис** - приобретенный сифилис с давностью инфекции до 2 лет, без клинических проявлений, с положительными серологическими реакциями.

2. **Поздний скрытый сифилис** - приобретенный сифилис с давностью инфекции свыше 2 лет, без клинических проявлений, с положительными серологическими реакциями в крови и нормальной спинномозговой жидкостью.

Когда невозможно отличить ранний и поздний сифилис, ставят диагноз *неуточнённого* сифилиса, который следует рассматривать как предварительный диагноз, подлежащий уточнению в процессе лечения и наблюдения.

Диагностические признаки раннего скрытого сифилиса:

1. В анамнезе имеются указания на наличие в течение последних двух лет эрозивно-язвенных высыпаний на гениталиях, сыпи на коже туловища, выпадения волос, приём антибиотиков по поводу гонореи и других заболеваний.
2. Данные кон-frontации - обнаружение у полового партнёра активного или раннего скрытого сифилиса.
3. Данные клинического осмотра - обнаружение рубца или атрофии кожи, уплотнения на месте бывшей первичной сифиломы, увеличение паховых лимфатических узлов.
4. Результаты серологического исследования - положительные стандартные серологические реакции в высоком титре (1:120, 1:160, 1:320) у 2/3 больных, положительная РИФ у всех больных, положительная РИТ у 1/3 больных.
5. Реакция обострения (Герксгеймера-Яриша-Лукашевича) на введение пенициллина может наблюдаться у 30% больных.
6. Относительно быстрая динамика негативации стандартных серологических реакций в процессе лечения.
7. Ликвор в большинстве случаев нормальный. При патологическом ликворе преобладает воспалительный компонент (белок, цитоз, глобулиновые реакции).
8. Возраст больных - моложе 40 лет.

Диагностические признаки позднего скрытого сифилиса:

1. Отсутствие анамнестических данных. Иногда имеются сообщения о вероятном заражении 2-3 года назад.
2. При кон-frontации у половых партнёров обнаруживают поздний сифилис, или у них отсутствуют проявления сифилитической инфекции.
3. При клиническом осмотре на коже и видимых слизистых оболочках отсутствуют следы разрешившихся сифилидов.
4. Стандартные серологические реакции положительные в низком титре (1:5, 1:10, 1:20, 1:50) у 90% больных. РИФ и РИТ положительные у всех больных.
5. Реакция обострения на введение пенициллина не наблюдается.
6. Динамика негативации стандартных серологических реакций в процессе лечения очень медленная.
7. Патология ликвора встречается редко. В ликворе преобладает дегенеративный компонент (положительная реакция Вассермана, патологическая реакция Ланге).
8. Возраст больных - преимущественно старше 40 лет.

1.4.5. НЕЙРОСИФИЛИС

В развитии нейросифилиса основную роль играют отсутствие или недостаточность предшествующего противосифилитического лечения, черепно-мозговая травма, хронические инфекции, интоксикации, иммунные нарушения. Классификация поражений нервной системы при сифилисе несовершенна. С клинической точки зрения целесообразно выделять: **сифилис центральной нервной системы, сифилис периферической нервной системы, функциональные нервные и психические явления при сифилисе**. В настоящее время для практических целей применяют клинико-морфологическую классификацию.

Выделяют **ранние** и **поздние** формы формы сифилиса нервной системы. Такое подразделение нейросифилиса условно. Различие между ними основано на характере патологических изменений в нервной системе и хронологически не совпадает с обычной периодизацией сифилиса.

- **Ранний нейросифилис** (до 5 лет от момента заражения) называют *мезенхимным*, так как поражаются оболочки и сосуды мозга, преобладает мезенхимная реакция.
- **Поздний нейросифилис** (не ранее 6-8 лет после заражения) называют *паренхиматозным* в связи с поражением нейронов, нервных клеток, а также нейроглии. Изменения носят воспалительно-дистрофический характер, мезенхимная реакция не выражена.

Различают следующие формы раннего нейросифилиса:

- скрытый латентный сифилитический менингит;**
 - острый генерализованный сифилитический менингит;**
 - менингоневротическая форма сифилитического менингита;**
 - сифилитическая гидроцефалия;**
 - ранний менигговаскулярный сифилис;**
 - сифилитический менингомиелит.**
- **Скрытый сифилитический** клинически бессимптомный менингит развивается в результате раздражения оболочек головного мозга либо непосредственно бледной трепонемой, либо продуктами её жизнедеятельности. Эта форма раннего нейросифилиса названа скрытым ранним менингитом потому, что у большинства больных клинические симптомы менингита обнару-

жить не удаётся. Некоторые больные могут жаловаться на головную боль (“тяжёлая голова”), шум в ушах, снижение слуха и головокружение. Диагноз ставится на основании патологических изменений ликвора - от значительных до минимальных. Показателями минимальной патологии считаются белок - 0,4‰, цитоз - 8 клеток в 1 мм³, глобулиновые реакции (Нонне-Апельта: ++), реакция Ланге больше двух двоек и положительная реакция Вассермана.

- Острый генерализованный сифилитический менингит встречается довольно редко. В процесс вовлекаются все оболочки мозга. Заболевание сопровождается усиливающейся головной болью, головокружением, шумом в ушах, рвотой (рвота не связана с приёмом пищи, “мозговая рвота”). Объективно отмечаются ригидность затылка, положительный симптом Кернига, положительный нижний симптом Брудзинского. Регистрируются патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо. Ликвор резко изменён: белок до 1,2‰, цитоз от 200 до 1000 клеток в 1 мм³, реакции Нонне-Апельта и Панди +++++, реакция Ланге в виде паралитической или менингитической кривой.
- Менингоневритическая форма сифилитического менингита (базальный менингит) характеризуется поражением отдельных участков оболочек головного мозга, чаще в области основания мозга. Клиника этого поражения складывается из симптомов менингита и неврита. Кроме головной боли и головокружения, изредка возникают тошнота и рвота. Симптомы Кернига, Брудзинского, патологические рефлексы отсутствуют. У больных отмечается лёгкий птоз, асимметрия лица, сглаженность носогубной складки, отклонение языка, опущение мягкого нёба. В ликворе патология умеренно выражена: белок до 0,6-0,7‰, цитоз 20-40 клеток в 1 мм³, реакции Нонне-Апельта и Панди положительные или резко положительные; реакция Ланге имеет вид менингитической кривой; реакция Вассермана в ликворе положительная или резко положительная.
- Сифилитическая гидроцефалия возникает в случаях ограниченного воспалительного поражения мозговых оболочек. Заболевание проявляется нарастающей головной болью, головокружением, тошнотой, неукротимой рвотой, спутанностью сознания. Иногда присоединяются эпилептиформные припадки, нарушения речи. Характерным симптомом гидроцефалии является улучшение общего состояния больного (и головной боли) после люмбальной пункции. В ликворе определяется белково-клеточная диссоциация: много белка (1-2‰) при небольшом количестве клеток (10-15 в 1 мм³); реакции Нонне-Апельта и Панди положительные; реакция Вассермана в ликворе положительная.

- Ранний менинговаскулярный сифилис характеризуется умеренным вовлечением в процесс мозговых оболочек. Клиническая картина при этом разнообразна: головная боль, поражение черепных нервов, нарушение чувствительности, гемипарезы, альтернирующие параличи, эпилептиформные припадки, нарушение памяти, афазия.
- Сифилитический менингомиелит (воспаление мягких мозговых оболочек и специфический эндартериит спинного мозга) возникает у нелечившихся или недостаточно лечившихся больных ранним сифилисом. Заболевание возникает “внезапно”, имеет дольсно острое течение и приводит к параличу нижних конечностей с глубоким нарушением трофики, снижением или потерей различных видов чувствительности, нарушением сфинктеров. Диагноз помогают установить положительные серологические реакции крови (РВ, РИТ, РИФ), и патология ликвора (РВ в нём всегда положительная).

Выделяют следующие формы позднего нейросифилиса:

- поздний скрытый сифилитический менингит;
 - поздний диффузный менинговаскулярный сифилис;
 - сифилис сосудов мозга (васкулярный сифилис);
 - сухотка спинного мозга, спинная сухотка, табес;
 - прогрессивный паралич;
 - гумма мозга.
- Поздний скрытый (латентный) сифилитический менингит возникает и диагностируется через много лет после инфицирования сифилисом. Больные не предъявляют жалоб или иногда отмечают нерезкую головную боль, шум в ушах, снижение слуха и головокружение. Диагностика базируется на патологических изменениях в ликворе, где воспалительный компонент выражен незначительно. Реакция Вассермана и реакция Ланге, как правило, патологические.
 - Поздний диффузный менинговаскулярный сифилис характеризуется умеренным вовлечением в процесс мозговых оболочек. Больные жалуются на несильную головную боль, реже - на головокружение. Симптомы болезни часто напоминают гипертонический криз. Могут возникнуть нарушения чувствительности, парестезии, гемипарезы, эпилептиформные припадки, альтернирующие параличи, расстройства речи и памяти. Серологические

реакции крови положительны у 50% больных. Возможны патологические изменения ликвора - невысокое содержание белка (до 0,6-0,7‰), незначительный цитоз (до 20-30 лимфоцитов в 1 мм³), слабopоложительные глобулиновые реакции, реакция Вассермана отрицательная. Нелеченный менингоvаскулярный сифилис может трансформироваться в спинную сухотку.

- Сифилис сосудов мозга (vаскулярный сифилис) характеризуется вовлечением в процесс только сосудов мозга. Ликвор не изменяется в связи с отсутствием явлений менингита и поражения серого вещества мозга. Стандартные серологические реакции крови в 60-70% случаев отрицательны, что затрудняет диагностику. При диагностике следует учитывать относительную доброкачественность в начальном периоде заболевания, периодичность течения, “разбросанность” симптомов, положительные классические серологические реакции крови у 30-40% больных и, как правило, положительные РИГ и РИФ. Имеются неврологические расстройства (моно-, пара-, геми- и диплегии, гемипарезы, параличи, афазии, нарушения чувствительности, патологические рефлексы). Могут возникнуть различные расстройства психической сферы, эпилептические припадки по типу джексоновской эпилепсии или общих судорог.
- Сухотка спинного мозга (*tabes dorsalis*), спинная сухотка, табес. При спинной сухотке поражение локализуется в задних корешках, задних столбах и оболочках спинного мозга.

Клинические симптомы сухотки спинного мозга:

- ◆ боли стреляющие, кинжальные, сверлящие и рвущие;
- ◆ парестезии - чувство опоясывания, сжатия, сдавления на определенных уровнях туловища; чувство онемения, “ползания мурашек”, покалывание в ногах;
- ◆ расстройство мочеиспускания, дефекации и появление импотенции;
- ◆ парезы черепных нервов и как результат - птоз, косоглазие, девиация языка, ассиметрия лица;
- ◆ зрачковые расстройства - анизокория (изменение формы и величины зрачков), миоз (сужение зрачков), мидриаз (расширение зрачков), патогномоничный симптом Аргайлла Робертсона (отсутствие реакции зрачков на свет или очень вялая реакция);
- ◆ костно-воздушная диссоциация (костная проводимость снижается, воздушная проводимость не изменяется);

- ◆ расстройство координации (атаксия) - появление характерной атаксической походки: больной сначала становится на пятки, затем на всю стопу;
- ◆ пошатывание в позе Ромберга; нарушения при пальце-носовой и пяточно-коленной пробах;
- ◆ расстройства глубокого мышечно-суставного чувства;
- ◆ отсутствие коленных и ахилловых рефлексов;
- ◆ нарушение трофики, холододовая гиперестезия в области спины, болевая гипестезия в области груди.

Стандартные серологические реакции у 25-50% больных спинной сухоткой отрицательные. РИТ положительна более чем в 95% случаев. У 50% больных спинной сухоткой спинномозговая жидкость находится в пределах нормы. При патологических изменениях в ней отмечаются незначительное увеличение количества белка (до 0,45 - 0,55%), повышение числа лимфоцитов (20-30 в 1 мм³), положительные глобулиновые реакции (+++ или ++++) и реакция Вассермана; реакция Ланге имеет характер паралитической кривой.

- Прогрессивный паралич проявляется через 20-40 лет после заражения у недостаточно или вообще нелечившихся по поводу сифилиса. В основе развития прогрессивного паралича лежит поражение вещества большого мозга, чаще в области коры передней доли, возникающее в связи с воспалительными изменениями капилляров мозга. В острый период заболевания отмечаются полный распад личности, деградация, прогрессирующее слабоумие, различные формы бреда, галлюцинации, кахексия.

В фазе законченного развития процесса различают 4 **формы прогрессивного паралича**:

- ◇ дементная;
- ◇ экспансивная;
- ◇ ажитированная;
- ◇ депрессивная.

При дементной форме больной теряет интерес к окружающему, быстро наступают апатия, отупение и прогрессирующее слабоумие. Экспансивная форма характеризуется эйфорией, бредом величия (мегаломания), психомоторной активностью с постепенным распадом психики. У больных ажитированной формой преобладает возбуждение и склонность к разрушительным поступкам. Для депрессивной формы характерны подавленность, тревога, ипохондрический бред.

Клиническая картина прогрессивного паралича складывается из нарушений психической сферы, различных неврологических симптомов и данных лабораторного обследования.

К *ранним психическим симптомам* относятся следующие:

- ◊ изменение личности - вспыльчивость, прожорливость, эйфория или вялость, плаксивость, необоснованное благодушие;
- ◊ нарушение памяти - её снижение на ближайшие события при сохранении на отдельные;
- ◊ нарушение счета - связано с нарушением психики, страдает логика счета;
- ◊ нарушение письма - больной пропускает буквы, слоги, слова;
- ◊ нарушение речи - быстрая скороговорка или, наоборот, замедленная речь; дизартрия - "спотыкание" на слогах.

К *неврологическим симптомам* относятся зрачковые расстройства, симптом Аргайлла Робертсона (в 12-20% случаев), нарушения чувствительности и двигательной сферы, эпилептиформные припадки, анизорефлексия (разница в рефлексах на обеих половинах тела).

Заболевание подтверждается положительными серологическими реакциями (в 95-97% случаев), положительными РИТ и РИФ (в 90-94% случаев) и изменением спинномозговой жидкости (в 100% случаев) - реакция Ланге даёт характерную паралитическую кривую.

При наличии у больного симптомов прогрессивного паралича и спинной сухотки ставится диагноз **табопаралича**.

- Гумма головного или спинного мозга встречается редко. Обычно она локализуется на выпуклой поверхности или в области основания полушарий большого мозга. Неврологическая картина характеризуется очаговой симптоматикой в сочетании с головной болью и повышением внутричерепного давления. При гумме спинного мозга могут развиваться симптомы полного его поперечного поражения. В спинномозговой жидкости отмечают белково-клеточная диссоциация (повышенное содержание белка при низком уровне лимфоцитов), положительные реакции Вассермана, РИТ и РИФ. Кроме того, РИТ и РИФ положительны в сыворотке крови.

Профилактикой поздних форм нейросифилиса является полноценное лечение ранних форм сифилиса, а также исследование спинномозговой жидкости при снятии больных с учета. Спинномозговую жидкость необходимо исследовать у всех больных с клинически выраженными симптомами нейросифилиса с целью диагностики и для определения качества лечения.

1.4.6. ВИСЦЕРОСИФИЛИС

Этим термином обозначают сифилис, при котором наблюдается поражение внутренних органов. Наиболее часто сифилитические поражения развиваются во внутренних органах с наибольшей функциональной нагрузкой (сердце, лёгкие, печень, желудок).

Различают ранние и поздние формы висцерального сифилиса.

- *Ранние формы висцерального сифилиса* наблюдаются в раннем периоде заболевания и при этом нарушается только функция поражённых органов. У некоторых больных могут наблюдаться воспалительные и дегенеративные поражения внутренних органов.
- *Поздние формы висцерального сифилиса* наблюдаются в позднем периоде заболевания. Изменения во внутренних органах сопровождаются очаговыми деструктивными поражениями, обнаруживается специфическое гранулематозное воспаление.

Для **раннего висцерального сифилиса** характерны поражения следующих органов и систем:

◇ Поражения миокарда сопровождаются токсико-инфекционной дистрофией. Отмечаются функциональные расстройства со стороны сердца (сердцебиение, приглушение тонов).

◇ Изменения показателей функции печени характеризуются нарушением протромбино- и протеинообразования, реже - пигментной функции. Могут возникать безжелтушные формы гепатита с одновременным увеличением уплотнённой печени и селезенки.

◇ Поражения желудка регистрируются в виде сифилитического гастрита и специфической язвы желудка. Иногда сифилитические поражения имитируют злокачественную опухоль желудка.

◇ Сифилитический гломерулонефрит протекает доброкачественно, не сопровождается отёками и повышением артериального давления. Нарушение фильтрующей способности почек может проявляться альбуминурией, гематурией.

Диагноз раннего висцерального сифилиса предполагается у больных с острым процессом в том или ином органе, развитие которого совпадает по времени с активными проявлениями первичного и вторичного сифилиса.

В настоящее время частота сифилитических поражений при **позднем висцеральном сифилисе** выглядит следующим образом:

- I. 90-94% случаев - кардиоваскулярный сифилис;
- II. 6-4% случаев - различные поздние поражения печени;
- III. 1-2% - все остальные поздние висцеральные сифилитические поражения (лёгкие, почки, селезенка, желудок).

Поражения сердечно-сосудистой системы (*кардиоваскулярный сифилис*):

- ◆ сифилитический аортит неосложнённый;
 - ◆ сифилитический аортит, осложнённый стенозом устьев венечных артерий и недостаточностью клапанов аорты;
 - ◆ сифилитическая аневризма аорты - осложнение сифилитического аортита;
 - ◆ сифилитический миокардит.
- Сифилитический неосложнённый аортит длительное время протекает без субъективных ощущений. Одним из ранних симптомов является постоянная загрудинная боль, давящего или жгучего характера, неинтенсивная, появляется в ночное время. Характерны расширение восходящего отдела аорты, мягкий, нерезко выраженный систолический шум и акцент II тона у её устья. В диагностике аортита имеет значение рентгенологически определяемое ограниченное расширение восходящего отдела аорты, а также обнаружение на рентгенограмме линейного обызвествления по контуру восходящего отдела аорты.
 - При сифилитическом аортите в большинстве случаев поражению подвергаются устья обеих венечных артерий. Особенность данного процесса - медленное развитие, варьирующее от небольшого сужения до полной облитерации одного или двух устьев. В результате сужения устьев венечных артерий снижается коронарный кровоток, что влечёт за собой нарушение кровоснабжения миокарда. В клинической картине преобладают симптомы прогрессирующей сердечной недостаточности, что связано с развитием дистрофических и склеротических изменений в сердечной мышце вследствие прогрессирующего сужения венечных сосудов.
 - При сифилитической недостаточности аортальных клапанов порок является относительным, возникающим вследствие расширения поражённой аорты. Недостаточность аортальных клапанов на ранних этапах протекает бессимптомно. Наиболее характерный признак этого порока - боль в области сердца типа аорталгии и истинной стенокардии. На аорте одновременно с диастолическим шумом выслушиваются систолический шум и звонкий II тон с металлическим оттенком. Важную роль в диагностике недостаточности аортальных клапанов играет рентгенологическое исследование (расши-

рение восходящей части аорты, увеличение левого желудочка с выраженной его пульсацией, наличие обызвествления в поражённом отделе аорты).

- Клиническая симптоматика сифилитической аневризмы аорты зависит от локализации и её размеров, направления роста, сдавления окружающих органов, наличия сопутствующего поражения устьев венечных артерий и недостаточности митральных клапанов.

Основные признаки сифилитической аневризмы аорты:

- ◇ пульсирующие участки грудной клетки в области рукоятки грудины и вправо от неё;
- ◇ перкуторное увеличение контуров аорты в одну или обе стороны от рукоятки грудины;
- ◇ разница в пульсе - меньшее наполнение и запаздывание пульсовой волны на стороне аневризмы;
- ◇ своеобразный дующий систолический шум в зоне сосудистого притупления (выслушивается иногда самим больным в ночное время);
- ◇ симптомы сдавления аневризмой соседних органов и тканей: верхней полой вены, трахеи, бронхов, пищевода, нервных стволов;
- ◇ симптомы прорыва аневризмы в соседние органы (в трахею, бронхи, лёгкие, плевральную полость, пищевод, средостение, полость перикарда);
- ◇ рентгенологически - расширение и отчётливая пульсация сосудистой тени, резко очерченные и ровные её края, неотделимость выходящей тени от аорты при просвечивании в различных направлениях.

Сифилис печени. Выделяют 4 формы позднего сифилитического гепатита: хронический эпителиальный, хронический интерстициальный, ограниченный гуммозный и милиарный гуммозный. Для всех форм характерно длительное течение процесса с постепенным развитием склерогуммозных изменений, приводящих к циррозу и деформации печени. Диагноз устанавливают на основании анамнеза, специфических поражений других внутренних органов, положительных серологических реакций крови, результатов противосифилитического лечения.

Сифилис желудка протекает по типу хронического гастрита, изолированной гуммы (которая приводит к язве желудка). Сифилитический гуммозный инфильтрат в привратнике желудка вызывает его стеноз. В результате склеротических изменений желудок деформируется.

Сифилис лёгких протекает в виде изолированных гумм или хронической межклеточной сифилитической пневмонии. Процесс локализуется в нижней и средней долях правого лёгкого. Нередко диагностика проводится только на основании результатов пробного лечения.

Сифилис почек проявляется нефротическим вариантом хронического гломерулонефрита с выраженными отёками, высоким содержанием белка в моче; появлением гиалиновых, зернистых, восковидных цилиндров; гипопроотеинемией; гиперхолестеринемией. У некоторых больных развивается амилоидоз, наблюдаются изолированные или диффузные гуммозные поражения.

Основополагающим при диагностике висцерального сифилиса является заключение, основанное на комплексном обследовании внутренних органов и нервной системы. Положительные серологические реакции в крови и указание в анамнезе на заболевание сифилисом подтверждают клинический диагноз.

1.5. ВРОЖДЁННЫЙ СИФИЛИС

Врождённый сифилис - это инфекционное заболевание, заражение которым происходит внутриутробно от больной сифилисом матери. Бледные трепонемы проникают в организм плода через плаценту начиная с 10 недели беременности тремя путями:

- ◆ через пупочную вену;
- ◆ через лимфатические щели пупочных сосудов;
- ◆ через повреждённую плаценту с током крови матери.

Ранний врождённый сифилис диагностируется у детей до 2 лет и включает:

- *сифилис плода;*
- *сифилис детей грудного возраста;*
- *сифилис раннего детского возраста.*

• Сифилис плода заканчивается его гибелью на 6-7 месяце беременности. Дети, рождённые с активными проявлениями сифилиса, оказываются нежизнеспособными и быстро погибают.

Вероятные клинические признаки сифилиса плода:

- ◇ плод малого размера, малого веса, с выраженными явлениями кахексии;
- ◇ кожа морщинистая, дряблая, грязно-жёлтого цвета, мацерированная; новорожденный имеет своеобразный “старческий вид”;
- ◇ внутренние органы (печень, селезенка, лёгкие) увеличены, плотные.

Достоверные клинические признаки сифилиса плода:

- ◆ остеохондрит;
 - ◆ милиарные сифиломы внутренних органов;
 - ◆ обнаружение в поражённых органах бледных трепонем.
- Сифилис детей грудного возраста (до 1 года) чаще всего проявляется в первые 3 месяца жизни и отличается большим своеобразием, представляет собой тяжёлое заболевание с поражением почти всех висцеральных органов, центральной нервной системы, костной системы и специфическими изменениями кожи и слизистых оболочек.

Вероятные клинические признаки врождённого сифилиса детей грудного возраста:

- ◇ пятнисто-папулёзная сыпь на конечностях, ягодицах, лице; мокнущие папулы вокруг рта и заднего прохода;
- ◇ рубцы Робинсона - Фурнье (беловатые радиальные рубцы вокруг рта);
- ◇ седловидный нос (вследствие прободения носовой перегородки, разрушения носовых хрящей и костей);
- ◇ ягодицеобразный череп (развивается в результате остеоperiостита лобной и теменных костей и ограниченной гидроцефалии).

Достоверные клинические признаки врождённого сифилиса детей грудного возраста:

- ◆ диффузная папулёзная инфильтрация (диффузный инфильтрат вокруг рта, на ладонях, подошвах, ягодицах; вокруг рта образуются глубокие трещины, после которых остаются радиальные рубцы);
- ◆ сифилитическая пузырьчатка (напряжённые пузыри величиной от горошины до вишни с серозным или серозно-гнойным содержимым на

инфильтрированном фоне в области ладоней и подошв, нередко на других участках);

♦ сифилитический ринит (различают три стадии: отек и уплотнение слизистой оболочки носа, гнойно-кровянистое отделяемое, изъязвление);

♦ остеохондрит (процесс локализуется в длинных трубчатых костях между эпифизом и диафизом, распознаётся рентгенологически).

Диагноз раннего врождённого сифилиса должен подтверждаться серологическими реакциями крови (реакция Вассермана, РИТ, РИФ), которые при активных проявлениях заболевания оказываются почти всегда положительными.

• Врождённый сифилис раннего детского возраста (от 1 года до 2 лет) имеет менее многообразную клиническую симптоматику. На коже и слизистых оболочках наблюдаются папулёзные элементы. Могут отмечаться рубцы Робинсона-Фурнье, периоститы, фалангиты, гуммы костей, орхиты, поражения печени, селезёнки. Поражения нервной системы наблюдаются в виде умственной отсталости, эпилептиформных припадков, гидроцефалии, гемиплегии, менингита. В диагностике врождённого сифилиса раннего детского возраста помогут серологические реакции крови, которые у большинства детей положительные.

• Клиническая симптоматика позднего врождённого сифилиса весьма вариабельна. Выделяют вероятные и патогномоничные (достоверные) признаки позднего врождённого сифилиса.

Вероятные признаки позднего врождённого сифилиса:

- ◇ бугорково-язвенные сифилиды и гуммы;
- ◇ радиальные рубцы вокруг губ и на подбородке;
- ◇ сифилитический хориоретинит;
- ◇ ягодицеобразный череп;
- ◇ “седловидный” нос;
- ◇ “саблевидные” голени;
- ◇ симметричные синовиты коленных суставов;

Выделяют также дистрофии, которые наблюдаются не только при позднем врождённом сифилисе, но и при других заболеваниях.

К дистрофиям относятся:

- высокое “готическое” твёрдое нёбо;
- “инфантильный мизинец”;
- отсутствие мечевидного отростка грудины;
- широко расставленные верхние резцы;
- “олимпийский” лоб;
- увеличение лобных и теменных бугров;
- гипертрихоз.
- утолщение грудинного конца ключицы
(симптом Авситидийского);

Обнаружение нескольких дистрофий, сочетание их с одним из патогномоничных признаков или с несколькими вероятными, с положительными серологическими реакциями являются основанием для постановки диагноза позднего врождённого сифилиса.

Достоверные (патогномоничные) признаки позднего врождённого сифилиса (триада Гетчинсона):

- ◆ паренхиматозный кератит (покраснение и помутнение роговицы, светобоязнь, слезотечение, снижение остроты зрения);
- ◆ специфический лабиринтит (шум и звон в ушах, а затем полная потеря слуха в связи с развитием периостита в костной части лабиринта и поражением слухового нерва);
- ◆ зубы Гетчинсона (дистрофия двух постоянных верхних центральных резцов, которые имеют форму долота или отвертки с полулунной выемкой по режущему краю).

При позднем врождённом сифилисе стандартные серологические реакции положительны у 70-80% больных. РИТ и РИФ положительны в 92-100% случаев.

1.6. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

Одной из причин распространения сифилиса, формирования поздних рецидивирующих форм заболевания являются ошибки, допускаемые врачами при постановке диагноза “сифилис”. Сифилис является системной инфекцией, в диагностике и лечении которой требуется осведомлённость врача

по многим клиническим дисциплинам, особенно по терапии, неврологии, инфекционным болезням.

Под влиянием социальных и экологических факторов изменилось классическое, традиционное течение сифилиса. Данное обстоятельство в определённой степени объясняет значительное количество диагностических ошибок, допускаемых врачами разных специальностей. По данным разных авторов, частота диагностических ошибок колеблется от 8,2 до 24%. В большинстве случаев ошибки допускаются при заразных формах сифилиса, что представляет большую эпидемиологическую опасность. Разнообразие клинических проявлений сифилиса и его атипичное течение заставляют ошибаться и дерматологов. Ошибки в диагностике сифилиса (по данным Б.Н.Кривошеева и соавт., 1980) были допущены врачами следующих специальностей:

- ◆ дерматологи - 21,6%;
- ◆ терапевты - 21,1%;
- ◆ акушеры-гинекологи - 20,7%;
- ◆ хирурги - 14,3%;
- ◆ отоларингологи - 11,4%.

Относительно реже не распознаётся сифилис врачами других специальностей: стоматологами, невропатологами, окулистами, эндокринологами. Диагностические ошибки совершаются не только при манифестных формах сифилитической инфекции, но и при скрытом сифилисе. Нередко врачи допускают ошибочную трактовку сочетания скрытого сифилиса со специфическими поражениями нервной системы или внутренних органов.

Дерматологи, акушеры-гинекологи и хирурги значительно чаще, чем другие специалисты допускают ошибки в диагностике первичного периода сифилиса. Затруднения возникают при необычной локализации твёрдого шанкра. Нередко эрозивно-язвенные поражения в области половых органов или ротовой полости интерпретируются как симптомы других неспецифических заболеваний: язвенной и шанкриформной пиодермии, эрозивного баланопостита, неспецифического фимоза и парафимоза как осложнение трихомонадной инфекции. В последние годы возросло число экстрагенитальных расположений первичной сифиломы, что обусловлено орогенитальными и анальными половыми контактами. Описаны также ошибки терапевтов при диагностике первичного сифилиса, когда специфический склераденит трактовался как банальный лимфаденит или как начальные проявления лимфогранулематоза.

У больных вторичным свежим и рецидивным сифилисом специфические розеолезные и папулезные высыпания расценивались даже дерматологами как токсикодермия, псориаз, парапсориаз, дерматит, инфекционные эритемы. Терапевты не замечают у больных специфических высыпаний при на-

по многим клиническим дисциплинам, особенно по терапии, неврологии, инфекционным болезням.

Под влиянием социальных и экологических факторов изменилось классическое, традиционное течение сифилиса. Данное обстоятельство в определённой степени объясняет значительное количество диагностических ошибок, допускаемых врачами разных специальностей. По данным разных авторов, частота диагностических ошибок колеблется от 8,2 до 24%. В большинстве случаев ошибки допускаются при заразных формах сифилиса, что представляет большую эпидемиологическую опасность. Разнообразие клинических проявлений сифилиса и его атипичное течение заставляют ошибаться и дерматологов. Ошибки в диагностике сифилиса (по данным Б.Н.Кривошеева и соавт., 1980) были допущены врачами следующих специальностей:

- ◆ дерматологи - 21,6%;
- ◆ терапевты - 21,1%;
- ◆ акушеры-гинекологи - 20,7%;
- ◆ хирурги - 14,3%;
- ◆ отоларингологи - 11,4%.

Относительно реже не распознаётся сифилис врачами других специальностей: стоматологами, невропатологами, окулистами, эндокринологами. Диагностические ошибки совершаются не только при манифестных формах сифилитической инфекции, но и при скрытом сифилисе. Нередко врачи допускают ошибочную трактовку сочетания скрытого сифилиса со специфическими поражениями нервной системы или внутренних органов.

Дерматологи, акушеры-гинекологи и хирурги значительно чаще, чем другие специалисты допускают ошибки в диагностике первичного периода сифилиса. Затруднения возникают при необычной локализации твёрдого шанкра. Нередко эрозивно-язвенные поражения в области половых органов или ротовой полости интерпретируются как симптомы других неспецифических заболеваний: язвенной и шанкриформной пиодермии, эрозивного баланопостита, неспецифического фимоза и парафимоза как осложнение трихомонадной инфекции. В последние годы возросло число экстрагенитальных расположений первичной сифиломы, что обусловлено орорегенитальными и анальными половыми контактами. Описаны также ошибки терапевтов при диагностике первичного сифилиса, когда специфический склераденит трактовался как банальный лимфаденит или как начальные проявления лимфогранулематоза.

У больных вторичным свежим и рецидивным сифилисом специфические розеолезные и папулезные высыпания расценивались даже дерматологами как токсикодермия, псориаз, парапсориаз, дерматит, инфекционные эритемы. Терапевты не замечают у больных специфических высыпаний при на-

ное и гибкательное. Важным признаком является излом в средней части (“приглаженный угол”), что отличает возбудителя сифилиса от других трепонем.

При отрицательных результатах микроскопическое исследование повторяют либо до обнаружения бледной трепонемы, либо до подтверждения диагноза результатами серологического исследования.

Серологические исследования крови

Для диагностики сифилиса, особенно в латентной и поздней стадиях, а также для оценки качества проводимого лечения важнейшее значение имеют серологические исследования. Однако вследствие сложности антигенного состава бледной трепонемы, тело которой содержит два липоидных компонента, протеиновые и полисахаридные антигены, в сыворотке крови больных отмечается множественность антител. В различных стадиях болезни преобладают то одни, то другие антитела, относящиеся к разным классам иммуноглобулинов. Поэтому в современной венерологии одновременно используется несколько серологических реакций на сифилис.

В отечественной практике для диагностики сифилиса применяют комплекс серологических реакций, включающий:

1. Стандартные серологические реакции -
 - реакции связывания комплемента - (реакция Вассермана)
 - ◊ реакция с кардиолипидным антигеном
 - ◊ реакция с трепонемным антигеном
 - осадочные реакции (реакция преципитации Кана, цитохолевая реакция Закс-Витебского);
 - микрореакция преципитации (МРП) с кардиолипидным антигеном (VDRL);
2. Групповые трепонемные реакции:
 - реакция иммунофлюоресценции (РИФ);
 - РСК с протеиновым трепонемным антигеном Рейтера;
 - реакция иммунного прилипания (РИП).
3. Видоспецифические протеиновые трепонемные реакции:
 - РИТ (реакция иммобилизации бледных трепонем);
 - РИФ-абс и её варианты (IgM-FTA-ABS, 19S-IgM-FTA-ABS);
 - реакция пассивной гемагглюцинации бледных трепонем

• Комплекс серологических реакций (КСР) позволяет выявить значительное число больных сифилисом на разных стадиях заболевания. Реакция Вассермана основана на феномене связывания комплемента. В постановке

реакции используют как специфические антигены из бледных трепонем, так и неспецифические антигены (кардиолипиновый - экстракт из мышцы бычьего сердца). Степень позитивности реакции Вассермана оценивают числом плюсов:

- ++++ (резко положительная)
- +++ (положительная)
- ++ (слабоположительная)
- + (сомнительная)
- (отрицательная)

Реакция Вассермана обязательно применяется в комплексе с двумя осадочными реакциями (Кана и Закс-Витебского). Иммунологическая сущность этих реакций не отличается от РВ, но для них готовят более концентрированные антигены, которые при взаимодействии с реагинами сыворотки дают видимый осадок, оцениваемый качественно (++++, +++, ++, +, -).

Диагноз первичного серонегативного сифилиса ставят только при отрицательных стандартных серологических реакциях. Реакция Вассермана (РВ) становится положительной у 100% больных во вторичном серопозитивном периоде сифилиса. При третичном активном сифилисе КСР положительны у 65-70% пациентов. При поздних формах сифилиса внутренних органов и нервной системы КСР положительны у 50-80% больных. У больных ранним врожденным сифилисом серологические реакции положительны почти в 100% случаев. При позднем врожденном сифилисе КСР положительны в 75-80% случаев.

- Микрореакция преципитация (МРП) с кардиолипиновым антигеном является ускоренной и достаточно простой в исполнении. Она применяется при массовых обследованиях и для экспресс-диагностики. Одним из лучших стандартных методов, в которых используются липоидные антигены, является рекомендуемая ВОЗ реакция VDRL (заглавные английские буквы учреждения-разработчика). Реакция становится положительной через 4 недели после заражения сифилисом. Главными достоинствами VDRL являются низкая стоимость, легкость постановки, быстрое получение результатов с довольно высокой чувствительностью, хотя с меньшей специфичностью, чем в реакции с трепонемным антигеном.
- К специфическим серологическим реакциям относится реакция иммунофлюоресценции (РИФ). Принцип РИФ основан на выявлении флюоресцирующих антител, так как меченые флюорохромом антитела не теряют способности соединяться с соответствующим антигеном и тем самым обуславливают свечение препаратов в сине-фиолетовых лучах ртутно-кварцевой лампы. Отличительной чертой РИФ, по сравнению со стандартными серологическими реакциями, является более *высокая чувствитель-*

ность (РИФ бывает положительной уже в первичном серонегативном периоде сифилиса) при высокой специфичности. Отмечена ценность РИФ при выявлении больных со скрытыми и поздними формами сифилиса при отрицательных результатах РИТ. Реакция ставится в нескольких модификациях и наиболее ценной является РИФ-200, основным назначением которой считается не ранняя серодиагностика сифилиса, а распознавание неспецифических результатов КСР и серодиагностика скрытого сифилиса. Однако РИФ-200 не обладает абсолютной специфичностью, поэтому вопрос о наличии или отсутствии заболевания должен решаться на совокупности клинических и других серологических данных. РИФ при вторичном сифилисе положительна в 100% случаев. При третичном активном сифилисе РИФ положительна у 92-100% пациентов. При поздних формах сифилиса внутренних органов и нейросифилиса РИФ положительна у 94-100% больных. У больных ранним и поздним врожденным сифилисом РИФ положительна в 100% случаев. РИФ очень медленно негативируется в процессе противосифилитической терапии. Вследствие этого она непригодна для контроля за ходом лечения.

• РИП (реакция иммунного прилипания) основана на том, что вирулентные тканевые трепонемы, сенсibilизированные сывороткой больного сифилисом, в присутствии комплемента и эритроцитов прилипают к поверхности эритроцитов и при центрифугировании увлекаются с ними в осадок, исчезая из надосадочной жидкости. Оценка результатов реакции иммунного прилипания бледных трепонем следующая:

- 0-20% - отрицательная;
- 21-30% - сомнительная;
- 31-50% - слабopоложительная;
- 51-100% - положительная.

По специфичности и чувствительности РИП близка к РИТ и РИФ. РИП применяется в следующих случаях:

- ◇ когда на основании данных анамнеза, клиники и результатов КСР и других исследований не удаётся подтвердить диагноз заболевания;
- ◇ при дифференцировании неспецифических результатов КСР;
- ◇ при контрольном наблюдении после окончания лечения.

• РИТ (реакция иммобилизации бледных трепонем) является диагностически ценной и признана *самым специфичным тестом на сифилис*. Однако её применение ограничивается из-за дороговизны исследований и сложности проведения реакции. Постановка РИТ имеет особое значение при диагностике скрытого сифилиса, распознавании поражений внутренних органов и нервной системы, при обследованиях беременных с подозре-

нием на сифилис. Сущность реакции заключается в потере подвижности бледными трепонемами в присутствии иммобилизинов испытуемой сыворотки и активного комплемента. Иммобилизины появляются в сыворотке крови больных позднее, чем другие антитела, и РИТ становится положительной позже стандартных серореакций и РИФ.

Оценка результатов реакции проводится по проценту иммобилизации бледных трепонем:

- до 20% - отрицательная;
- 21-30% - сомнительная;
- 31-50% - слабоположительная;
- 51-100% - положительная.

В первичном периоде сифилиса РИТ у большинства больных отрицательная или слабоположительная. При вторичном свежем сифилисе РИТ даёт положительный результат более чем у половины больных, однако процент иммобилизации трепонем невысокий (40-60%). Во вторичном рецидивном периоде сифилиса РИТ бывает положительной у 85-90% больных при выраженной степени иммобилизации (80-100%). При третичном сифилисе, при специфических поражениях внутренних органов, нервной системы, когда РВ часто отрицательная, РИТ даёт положительные результаты в 98-100% наблюдений (с высоким процентом иммобилизации). В связи с медленной негативацией в процессе противосифилитической терапии, РИТ непригодна для контроля за ходом лечения. При раннем врождённом сифилисе РИТ положительна у 90-98% детей, при позднем врождённом сифилисе - почти у 100% больных. Диагноз скрытого серопозитивного сифилиса ставится только по положительным серореакциям крови с обязательным подтверждением их РИТ.

- Реакция иммунофлюоресценции-абсорбции с бледной трепонемой (FTA-ABS) становится положительной примерно в начале 3-й недели после заражения, а у нелеченных больных она положительна почти в 100% случаев. Главные достоинства реакции - высокая специфичность и чувствительность. Положительная FTA-ABS может иметь решающее значение для диагностики сомнительных случаев, особенно при положительных реакциях VDRL, выявленных при скрининге.

После заражения сифилисом уже на 2-й неделе вырабатываются трепонемоспецифические IgM, которые в процессе терапии и после её окончания вырабатываются всё меньше и в течение 2 лет перестают определяться. Для сифилидологов представляет интерес динамика этих антител после лечения. Поэтому для суждения об эффективности лечения предложены тесты, направленные на определение специфических IgM. С помощью методики РИФ с моноспецифическим конъюгатом против IgM стало возможным выявлять трепонемоспецифические IgM-антитела (IgM-FTA-ABS). Од-

нако при идентификации антител IgM к бледным трепонемам реакцией FTA-ABS с использованием конъюгата анти-IgM в качестве реагента выявлялись ложноположительные и ложноотрицательные результаты. Реакция 19S IgM-FTA-ABS в этом отношении является наиболее точным и специфичным методом. Однако трудоёмкость и дороговизна теста ограничивают её применение.

Исследование спинномозговой жидкости

Данные исследования спинномозговой жидкости (ликвора) используют в следующих случаях:

- ◇ для определения поражения сифилисом нервной системы;
- ◇ как критерий качества лечения у лиц с патологическими изменениями в ликворе до лечения;
- ◇ как один из критериев излеченности больного.

В клинической лаборатории исследуют цитоз, содержание белка, глобулиновые реакции Панди и Нонне-Апельта. В серологической лаборатории проводят реакцию Вассермана с тремя разведениями ликвора, реакцию Ланге с коллоидным золотом, РИТ, РИФ₁₀ и РИФ_ц (реакция иммунофлюоресценции с цельным ликвором).

Минимальные патологические изменения в спинномозговой жидкости следующие: содержание белка, начиная с 0,4‰; цитоз - 8 клеток в 1 мм³; глобулиновые реакции (реакция Нонне-Апельта ++, реакция Панди +++); реакция Ланге - больше двух двоек в цифровом значении; положительная реакция Вассермана. Показатели выше указанных, даже будучи изолированными, свидетельствуют о выраженных патологических изменениях в спинномозговой жидкости. Патологической считается также такая спинномозговая жидкость, в которой несколько показателей изменены соответственно данным минимальной патологии, а реакция Вассермана положительная.

Для обозначения позитивности глобулиновых реакций и РВ применяется система четырех плюсов: резко положительный результат (4+), положительный (3+), слабopоложительный (2+), сомнительный (1+).

Использование РИФ также целесообразно при ликвородиагностике сифилиса. Особенно высокочувствителен и специфичен тест с цельным ликвором (РИФ-ц). РИТ со спинномозговой жидкостью по постановке, регистрации и оценке результатов аналогична таковой при исследовании сыворотки крови. Применение РИФ и РИТ расширяет возможности определения сифилитического поражения нервной системы.

1.8. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СИФИЛИСА

Основные принципы лечения больных сифилисом изложены в “Инструкции по лечению и профилактике сифилиса” (Минск, 1995) и разрешены Минздравом Беларуси для практического использования. Однако в последнее время появились новые временные инструкции по применению препаратов пенициллина пролонгированного действия при лечении сифилиса.

Бензатинпенициллин G используется во всем мире вот уже в течение 40 лет как препарат выбора при лечении больных сифилисом [Fiutara N.I., 1983; Markowitz M., 1985; Hook E.W., 1989]. Объясняется это прежде всего его способностью поддерживать трепонемоцидную концентрацию пенициллина в крови больных в течение длительного времени, что делает возможным проведение лечения одной-тремя инъекциями препарата в зависимости от давности заболевания.

Бензатинпенициллин G выпускается в разных странах и имеет следующие коммерческие названия: экстенциллин (Франция), тердоциллин (Германия), бициллин (США, Австралия), ретарпен (Австрия), пенадур (Бельгия, Швейцария), диаминоциллин (Италия).

По данным ВОЗ, трепонемоцидная концентрация бензатинпенициллина в крови после однократной инъекции 2 400 000 ЕД экстенциллина сохраняется не менее 23-25 дней. Препарат вводят внутримышечно двухмоментным способом: по 1 200 000 ЕД в каждую ягодицу. За 15-20 минут до инъекции рекомендуется прием одного из антигистаминных препаратов (димедрол, диазолин, фенкарол).

- *При первичном серонегативном сифилисе* экстенциллин вводят однократно внутримышечно в дозе 2 400 000 ЕД.
- *При первичном серопозитивном, вторичном свежем, вторичном рецидивном и раннем скрытом сифилисе* препарат вводят в дозе 2 400 000 ЕД дважды, с интервалом в одну неделю. В случае вторичного рецидивного и раннего скрытого сифилиса при массе тела больного свыше 85 кг делают 3 инъекции экстенциллина по 2 400 000 ЕД с интервалом в одну неделю.
- *Лечение беременных* проводится в соответствии с диагнозом в указанных выше дозах, но делают не менее 2 инъекций препарата. Профилактическое лечение беременных проводится 2-3 инъекциями антибиотика по 2 400 000 ЕД с интервалом в одну неделю.
- *Превентивное лечение* проводится лицам, имевшим половой или тесный бытовой контакт с больными ранними манифестными формами сифилиса не более чем через 2 месяца с момента контакта. Препарат вводят однократно в дозе 2 400 000 ЕД. Превентивное лечение реципиентов, получивших кровь больных сифилисом, проводится не более чем через 2 меся-

ца после переливания двукратным введением экстенцилина по 2 400 000 ЕД с интервалом в одну неделю.

По окончании лечения клинический и серологический контроль проводится в зависимости от диагноза в сроки, определённые действующими “Инструкциями по лечению и профилактике сифилиса” (Минск, 1995).

ПРОФИЛАКТИКА СИФИЛИСА

Общественная профилактика венерических заболеваний (в том числе и сифилиса) предусматривает:

- выявление и обязательный учет больных сифилисом и другими венерическими болезнями;
- госпитализацию в первые сутки после установления диагноза больных заразными формами сифилиса;
- выявление источников заражения;
- обследование членов семьи больного и других лиц, находящихся с ним в контакте;
- бесплатное лечение всех больных сифилисом;
- применение единых методов диагностики и схем терапии больных сифилисом;
- принудительное освидетельствование и лечение лиц, которым такие меры показаны и которые уклоняются от добровольного их применения;
- своевременное клиническое и лабораторное обследование больных, окончивших лечение;
- сохранение врачебной тайны;
- определение излеченности больных сифилисом;
- регулярное проведение профилактических осмотров работников детских учреждений, пищевых объектов, автопредприятий и других учреждений;
- обязательное обследование всех доноров на серологические реакции;
- санитарно-просветительная работа среди населения по профилактике венерических заболеваний.

Критерии излеченности больных сифилисом

- Раннее начало противосифилитического лечения.
- Качество лечения: его соответствие существующим схемам, достаточные дозы медикаментов, регулярность введения препаратов, продолжитель-

ность интервалов между курсами, применение методов иммуностимулирующей терапии, соблюдение больными рекомендованного режима.

■ Ближайшие терапевтические результаты: сроки исчезновения бледных трепонем из сифилидов, время эпителизации или рубцевания твёрдого шанкра, сроки исчезновения розеол, рассасывания папул, негативации серологических реакций.

■ Отсутствие каких-либо признаков болезни после окончания лечения и на протяжении всего периода диспансерного наблюдения, продолжительность которого зависит от стадии болезни до начала лечения согласно инструкции МЗ Республики Беларусь [1995].

■ Характер течения заболевания: наличие или отсутствие рецидивов (клинико-серологических или только серологических), осложнений во время лечения, возникновение интеркуррентных заболеваний.

■ Состояние спинномозговой жидкости через год после окончания лечения у пациентов, начавших лечение по поводу нейросифилиса, у лиц со специфическими поражениями нервной системы, у больных с серологической резистентностью.

■ Состояние внутренних органов и нервной системы пациентов при переводе на клинико-серологический контроль и перед снятием с диспансерного наблюдения. Офтальмолог обращает внимание на состояние зрительного нерва (сифилитический неврит, первичная табетическая атрофия), отоларинголог - на воздушную и костную проводимость; рентгенолог проводит рентгеноскопию грудной клетки (состояние аорты, неравномерное обызвествление по контуру восходящего отдела). Терапевт и невропатолог исключают или подтверждают специфическое поражение внутренних органов или нервной системы.

■ Состояние здоровья больного, его возраст, условия работы и быта.

Излеченность конкретного больного является сложным вопросом и решается индивидуально, что требует от врача учёта многочисленных факторов и различных показателей. Заключение выносится по совокупности критериев.

1.9. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ПОВОДУ ЗАРАЖЕНИЯ СИФИЛИСОМ

Судебно-медицинская венерологическая экспертиза производится для установления наличия или отсутствия у обследуемого сифилиса, если соответствующий вопрос возникает в процессе расследования уголовного дела

или рассмотрения в судах гражданского иска. Экспертиза по поводу заражения сифилисом должна проводиться комиссией, с обязательным участием специалиста в области венерологии – сифилидолога, а при необходимости с участием дерматолога, гинеколога и врачей других специальностей (терапевта, невропатолога, окулиста, рентгенолога, отоларинголога).

Опрос свидетельствуемого проводит эксперт и выясняет:

- наличие в анамнезе венерических заболеваний. Эксперт запрашивает и изучает документы учреждений, где лечился свидетельствуемый. Выясняют обстоятельства, которые прямо или косвенно могут указывать на наличие у свидетельствуемого сифилиса. При сообщении о сифилисе в прошлом, спрашивают о проведенном лечении, так как рецидивы могут возникнуть после недостаточного лечения.
- наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркотиков, снотворных средств, гормональных препаратов);
- данные о половом созревании и половой жизни освидетельствуемого: первое появление поллюций; онанизм; время начала половой жизни; частота половых актов; наличие отклонений от нормы с точки зрения свидетельствуемого; брак; наличие детей; семейные конфликты в связи с половой жизнью.

Экспертиза проводится по общему плану:

- осматривают волосистую часть головы, слизистую полости рта и зева, кожные покровы лица, шеи, туловища и конечностей. При этом обращают внимание на наличие сыпи, её локализацию, время появления после полового сношения, интенсивность, тенденцию к группировке отдельных элементов сыпи; наличие безболезненных язвочек или эрозий в полости рта;
- проверяют наличие в ягодичной области или локтевых сгибах следов инъекций и инфильтратов, что может косвенно указывать на проведенное специфическое лечение; прием антибиотиков даже по поводу другого заболевания “смазывает” картину сифилиса, удлиняет инкубационный период;
- проверяют шейные, подмышечные, локтевые и паховые лимфатические узлы. Для сифилиса характерны увеличенные лимфатические узлы плотно-эластической, хрящевой консистенции, безболезненные, неспянные с окружающими тканями, а также неизменённый цвет кожи над лимфоузлами;
- обследуют половые органы на наличие язвочек, эрозий, рубцов после твёрдого шанкра; твёрдый шанкр у женщин может локализоваться не только на наружных половых органах, но и на шейке матки;
- осматривают область заднего прохода, так как здесь могут располагаться проявления первичного периода сифилиса (твёрдый шанкр), а также вторичного периода (папулы и широкие кондиломы).

Выявление половых контактов и обследование их участников может помочь в диагностике заболевания и решении вопроса об источнике заражения.

Окончательный диагноз сифилиса устанавливают после проведения серологического исследования крови (РВ, РИТ, РИФ), при необходимости - спинномозговой жидкости (серологические реакции), исследования на бледную спирохету соскоба из твёрдого шанкра, с поверхности папул или эрозий, пункта лимфатического узла.

Все эти исследования следует проводить в специализированных кожно-венерологических диспансерах или кожно-венерологических кабинетах поликлиник.

2.1. ГОНОРЕЯ

Гонорея - это инфекционное заболевание, вызываемое специфическим возбудителем, гонококком, передающееся преимущественно половым путём и характеризующееся, в основном, поражением слизистых оболочек мочеполовых органов. Наблюдаются также гонококковые поражения слизистой полости рта и прямой кишки, что выявляется после орорепитальных или гомосексуальных контактов. Источником заражения являются, главным образом, больные хронической гонореей, преимущественно женщины, так как у них хронический процесс протекает почти незаметно, более длительно, труднее диагностируется. Больные острой и подострой гонореей при наличии островоспалительного процесса обычно избегают половых связей. Гонорея передаётся почти исключительно половым путём. В отдельных случаях возможно внеполовое заражение через бельё, губки, полотенца, на которых сохранился невысохший гонорейный гной. Заражение новорождённого может произойти во время родов при прохождении плода через родовые пути больной матери.

Этиология

Возбудителем гонореи является *Neisseria gonorrhoeae* - граммотрицательный диплококк, имеющий форму кофейных зёрен, обращённых своей вогнутой поверхностью друг к другу. Гонококки имеют хорошо выраженные трёхслойную наружную стенку и цитоплазматическую мембрану, цитоплазму с

рибосомами и ядерной вакуолью. Гонококки обычно располагаются внутриклеточно в протоплазме лейкоцитов, обычно группами, но иногда можно видеть и внеклеточных гонококков. Исследования гонококков в последние годы указывают на изменения их биологических свойств (наличие капсул, фагосом, β -лактамазы, снижение чувствительности к антибиотикам, появление L-форм). Гонококки поражают слизистые оболочки, в частности мочеиспускательного канала, влагалища, прямой кишки, полостей рта, носа, гортани. Процесс может распространяться на предстательную железу, семенные пузырьки, придатки яичек, яичко, семявыносящие протоки, а у женщин - на матку, яичники, маточные трубы. Распространяясь по кровяному руслу, гонококки могут иногда вызывать гонококковый сепсис и метастазы в различные органы. При гонококковой бактериемии поражаются суставы, глаза, плевра, эндокард, мышцы, кости, нервы. У новорождённых поражаются глаза, развиваются конъюнктивит, кератит.

2.2. ТЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ У МУЖЧИН

Гонорейный уретрит - первичная и наиболее распространённая форма гонококковой инфекции у мужчин, протекающая в разнообразных формах. С клинической точки зрения оправдано выделение переднего уретрита и заднего уретрита. По давности заболевания и выраженности клинической картины выделяют следующие формы гонореи:

- ◆ **свежая гонорея** (давность заболевания до 2-х месяцев)

- ◇ *острая*

- ◇ *подострая*

- ◇ *торпидная*

- ◆ **хроническая гонорея** (давность заболевания свыше 2-х месяцев или неустановленная давность заболевания).

- **Свежий острый передний гонорейный уретрит.** Инкубационный период составляет 3-5 дней. Первичные симптомы - лёгкий зуд и жжение в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, особенно при мочеиспускании. Затем наступает отёчность, а при надавливании на мочеиспускательный канал из наружного отверстия появляются скудные слизистогнойные выделения. Через 1-2 дня резко усиливаются симптомы болезни: наружное отверстие гиперемировано, отделяемое становится гнойным. Крайняя плоть и головка полового члена гиперемированы и отёчны. Мочеиспускательный канал инфильтрирован, при пальпации болезненный. Пациенты жалуются на режущую, жгучую боль при мочеиспускании по всей

уретре, болевые ощущения при эрекции. При двустаканной пробе первая порция мочи мутная, вторая - прозрачная. Объясняется тем, что первая порция мочи смывает весь гной в канале и становится мутной. Вторая порция мочи, проходя по очистившейся от гноя уретре, остаётся прозрачной. Это свидетельствует о переднем уретрите.

- **Свежий острый задний гонорейный уретрит.** Часто гонококковый процесс может перейти на заднюю уретру. Это происходит при сниженной сопротивляемости организма, частых половых возбуждениях, приёме алкоголя, неправильной местной терапии (уретроскопия, бужирование; катетеризация). С развитием заднего уретрита течение заболевания осложняется. Кроме клинических симптомов переднего уретрита, у больных появляются новые признаки и субъективные ощущения:

- ◊ частые позывы к мочеиспусканию (каждый час, а в тяжёлых случаях - каждые 15-20 минут);
- ◊ болезненность и появление нескольких капель крови к концу мочеиспускания (терминальная болезненность и гематурия);
- ◊ частые эрекции и поллюции с примесью крови в сперме (гемоспермия), что связано с наличием воспалений в семенном бугорке;
- ◊ моча во всех порциях мутная в связи с поступлением гноя из предстательной части уретры в мочевой пузырь.

- **Свежий подострый гонорейный уретрит** - признаки такие же, как и при остром гонорейном уретрите, но слабее выражены.

- **Свежий торпидный гонорейный уретрит** характеризуется незначительными субъективными ощущениями. Больные жалуются на чувство зуда в мочеиспускательном канале, давящую боль в промежности, иногда у них возникают болезненные поллюции. Выделения из мочеиспускательного канала скудные или совсем отсутствуют.

- **Хронический гонорейный уретрит** наступает после стихания воспалительных процессов при остром и подостром гонорейном уретрите. Переходу свежего острого гонорейного уретрита в хроническую форму способствуют следующие причины:

- ◊ нерациональное лечение, перерывы в лечении, самолечение;
- ◊ нарушение режима во время лечения (употребление алкоголя, погрешности в диете, половые сношения);
- ◊ аномалии мочеиспускательного канала (парауретральные железы, гипоспадия, сужение наружного отверстия);
- ◊ смешанные мочеполовые инфекции (гонококковые и хламидийные, микоплазменные, трихомонадные, вирусные);

◊ различные хронические заболевания (сахарный диабет, туберкулёз, анемии, алкоголизм).

Схема обследования больного хронической гонореей

1. Анамнез - жалобы на зуд, жжение в мочеиспускательном канале, но менее выраженные, чем при остром заднем уретрите. При поражении предстательной части мочеиспускательного канала наблюдаются расстройства мочеиспускания и половых функций (учащение и усиление позывов к мочеиспусканию, боль к концу мочеиспускания, болезненные эякуляции, примесь гноя и крови в сперме).
2. Осмотр выделений - обычно незначительные и появляются по утрам; могут полностью отсутствовать; под влиянием различных причин выделения могут усилиться и симулировать картину острого уретрита, однако вскоре самопроизвольно проходят.
3. Осмотр полового члена - обнаруживаются поражённые парауретральные ходы в виде красных точек на головке полового члена, из которых выдавливаются капельки гноя.
4. Двухстаканная проба применяется для суждения о состоянии предстательной части мочеиспускательного канала: отделяемое в этой части незначительно и смывается первой порцией мочи, поэтому вторая порция может оставаться прозрачной и не содержать нитей.
5. Пальпация уретры на буже - определяют наличие или отсутствие в уретре плотных узелков (литтреитов).
6. Пальпация органов мошонки (придаток, яичко, семенной канатик) с целью выявления инфильтратов, спаек, болезненности.
7. Пальпаторное исследование простаты и определение величины, формы, консистенции, болезненности, уплотнений.
8. Массаж простаты и семенных пузырьков; микроскопическое исследование секрета на лейкоциты, лецитиновые зёрна, гонококки, трихомонады, флору.
9. Бактериоскопическое исследование выделений из уретры.
10. Бактериологическое исследование выделений из уретры.
11. Уретроскопия производится с целью установления характера изменений слизистой мочеиспускательного канала при наличии выделений после антибиотикотерапии. Возможные патологоанатомические изменения в уретре: мягкий инфильтрат, твёрдый инфильтрат, переходный инфильтрат, воспалённые Морганиевы пазухи и устья выводных протоков Литтрейвых желез.

Диагноз гонореи, независимо от типичности клинических признаков, может быть поставлен только при лабораторном обнаружении гонококков.

При наличии клинических и анамнестических данных, но при отсутствии гонококков таким лицам учитывают как подозрительных на гонорею и проводят лечение, как при гонорее. Также поступают с выявленными источниками заражения и контактами даже при отсутствии у них клиники и гонококков.

2.3. ОСЛОЖНЕНИЯ ГОНОРЕИ У МУЖЧИН

Без лечения больные гонореей длительное время являются источниками заражения. Кроме того, у них часто развиваются осложнения, которые приводят к тяжёлым последствиям. Различают следующие осложнения гонореи у мужчин: баланопостит, фимоз, парафимоз; лимфангит; кавернит; колликулит; стриктуры уретры; эпидидимит; деферентит и фуникулит; орхит; простатит; везикулит.

♦ Гонорея осложняется воспалением головки полового члена - баланитом и внутреннего листка крайней плоти - поститом. Обычно эти воспаления сочетаются, проявляясь баланопоститом. При усилении воспалительных явлений вовлекается вся крайняя плоть, которая отекает и увеличивается так, что не удаётся её оттянуть назад и обнажить, развивается фимоз. Иногда воспалённая и отёчная крайняя плоть ущемляет головку полового члена - развивается парафимоз.

♦ В ряде случаев гонококки проникают в лимфатические сосуды полового члена и вызывают их воспаление - лимфангит. Клинически заболевание проявляется плотными набухшими тяжами в области уретральной поверхности полового члена. Кожа над ними иногда гиперемирована и отёчна. Лимфангиты могут протекать с повышением температуры тела, ознобом.

♦ Кавернит (воспаление пещеристых тел полового члена) развивается при распространении гонококкового процесса за пределы околожелезистой клетчатки уретральных желез в пещеристое тело мочеиспускательного канала. У больных возникает боль в половом члене при эрекции, а в пещеристом теле прощупываются плотные узелки. При острых кавернитах появля-

ются резко болезненная инфильтрация, боль и искривление полового члена при эрекции, затруднённое мочеиспускание.

◆ Колликулит (поражение семенного бугорка) характеризуется клиническими симптомами заднего уретрита - незначительные выделения из канала, позывы к мочеиспусканию, терминальная гематурия. Нередко колликулит протекает асимптомно и диагностируется только при уретроскопии. Колликулит может привести к преждевременной эякуляции, импотенции, неврастении.

◆ Стриктуры - сужения мочеиспускательного канала. Наиболее важным симптомом стриктуры является затруднение мочеиспускания. Струя мочи тонкая, а в тяжёлых случаях моча выделяется по каплям. Диагноз ставят на основании анамнеза, жалоб больного, инструментального исследования канала головчатым бужом или эластическими бужами, а также рентгенографии мочеиспускательного канала.

◆ Эпидидимит (воспаление придатков яичек) наблюдается довольно часто и возникает вследствие проникновения гонококков в придаток из предстательной части мочеиспускательного канала через семявыносящий проток. Заболевание начинается внезапно с появления боли в области придатка яичка и в паховой области. У больных наблюдаются повышение температуры тела до 39-40°C, озноб, головная боль, слабость. При пальпации придаток увеличен, плотный и болезненный. Кожа мошонки напряжена, гиперемирована. Гонококковые поражения придатков приводят к образованию рубцов в протоках придатков яичек. В результате этого наступают азооспермия и бесплодие.

◆ Деферентит (поражение семявыносящего протока) и фуникулит (поражение семенного канатика) наблюдаются одновременно с поражением придатков яичек. Семявыносящий проток пальпируется в виде плотного, болезненного тяжа. В ряде случаев включаются фасции и мышцы семенного канатика, образуя болезненный тяж толщиной с палец.

◆ Орхит (поражение яичка) встречается редко. Клинически при этом боль в мошонке значительная, а ухудшение общего состояния более выражено, чем при эпидидимите. Иногда воспалительный процесс переходит на оболочки яичка, вызывая в их полости скопление экссудата, который пальпируется как флюктуирующее образование.

◆ Простатит (воспаление предстательной железы) протекает остро или хронически. По характеру и степени поражения различают простатит:

- ◇ катаральный,
- ◇ фолликулярный,
- ◇ паренхиматозный.

◇ При катаральном простатите протоки прилегающих железистых долек предстательной железы воспалены, инфильтрированы, в их просвете имеется значительное количество лейкоцитов, слизи, эпителия, гонококков. Больные при этом жалуются на учащённые позывы к мочеиспусканию. Отмечается лёгкое жжение или шекотание в области промежности, незначительное ощущение давления в области заднего прохода. Моча прозрачная с примесью единичных нитей и хлопьев. Пальпаторно в предстательной железе никаких изменений не выявляется. Простатит может быть распознан только при микроскопическом исследовании секрета, в котором выявляется повышенный лейкоцитоз, а также иногда гонококки.

◇ Фолликулярный простатит развивается вследствие дальнейшего распространения воспалительного процесса с закупоркой выводных протоков желез и образованием наполненных гноем изолированных фолликулов. У больных в области промежности появляется чувство жара, болезненность в конце акта мочеиспускания. При пальпации предстательная железа может быть увеличена, прощупываются отдельные болезненные шаровидные уплотнения.

◇ Паренхиматозный простатит возникает при вовлечении в процесс мышечно-эластической стромы предстательной железы. Отдельные воспалительные инфильтраты, разрушая паренхиму железы, сливаются между собой и образуют вначале ограниченные гнойные полости. Сливаясь между собой, гнойники могут образовывать один большой абсцесс, который захватывает целую долю и даже всю железу. Субъективные и объективные симптомы паренхиматозного простатита соответствуют симптомам заднего уретрита. Возможно затруднение мочеиспускания и даже полная задержка мочи. У больных появляются ощущения давления и полноты в заднем проходе, боль при дефекации. Боль нередко иррадирует в половой член, крестец, таз. При пальпации обнаруживается увеличение предстательной железы за счёт поражённой доли или всей железы.

Хронический простатит часто приобретает затяжное течение. Появляются различные функциональные расстройства мочеполового аппарата: ослабление эрекции, преждевременная эякуляция, снижение оргазма. Нередко больные отмечают быструю утомляемость, снижение работоспособности, становятся раздражительными. В секрете предстательной железы отмечается повышенное содержание лейкоцитов, уменьшение числа липоидных зёрен, а иногда их полное отсутствие. Гонококки в секрете предстательной

железы больных хроническим простатитом содержатся редко. Простатит может быть вызван и смешанной гонококковой инфекцией: гонококковой и хламидийной, микоплазменной, трихомонадной или другой бактериальной.

♦ Везикулит (воспаление семенных пузырьков) часто сочетается с простатитом и эпидидимитом. Клинические проявления везикулита обычно завуалированы симптомами заднего уретрита, эпидидимита или простатита. Больные жалуются на выделения, зуд и боль в мочеиспускательном канале, боль в конце акта мочеиспускания. Возможны терминальная гематурия, повышенная половая возбудимость, частые поллюции и эрекции, болезненные эякуляции, а также гной и кровь в сперме. Семенные пузырьки при везикулите пальпируются выше долей предстательной железы в виде продолговатых болезненных образований.

2.4. ГОНОРЕЯ У ЖЕНЩИН

Особенностями гонорейной инфекции у женщин являются:

- ◊ вялое, бессимптомное течение (связано с пониженной функцией яичников; неадекватной дозой сульфаниламидов, которые снижают вирулентность гонококков; образованием L-форм гонококка);
- ◊ инфекция часто протекает как смешанная (гонорейно-трихомонадная, гонорейно-хламидийная, гонорейно-микоплазменная, гонорейно-кандидозная);
- ◊ инфицируется несколько органов (многоочаговое поражение).

Выделяют гонорею нижнего отдела половых органов (уретрит, парауретрит, бартолинит, вестибулит, цервицит, эндоцервицит) и гонорею верхнего отдела половых органов, или восходящую гонорею (эндометрит, сальпингит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит).

♦ Гонококковый процесс у женщин при поражении уретры локализуется в эпителии слизистой оболочки мочеиспускательного канала. Уретрит сопровождается зудом в уретре, болью в начале мочеиспускания и учащёнными позывами к нему, а также незначительными, слизистыми, почти бесцветными выделениями. При уретроскопии определяют изменения слизистой оболочки мочеиспускательного канала в виде мягкого инфильтрата.

♦ Парауретрит часто сочетается с уретритом гонококковой этиологии. Воспалительный процесс в протоках определяется по гиперемии их устьев и

слизистым или слизисто-гнойным выделениям, которые появляются при выдавливании в виде капли. В выделениях обнаруживаются гонококки.

♦ Вестибулит (поражение преддверия влагалища) обусловлен гонорейным процессом в ямке и луковице преддверия влагалища, мелких железках в области клитора, в бороздках между малыми половыми губами и в промежуточной части луковицы преддверия влагалища. Слизистая оболочка преддверия влагалища гиперемирована, отёчна, покрыта слизисто-гнойными выделениями. В области ямки, луковицы и выводных протоков малых преддверных желёз имеются воспалительные явления.

♦ Бартолинит (поражение больших желёз преддверия влагалища). Гонококки обычно размножаются в цилиндрическом эпителии выводных протоков больших желёз преддверия. Признаком поражения протока является гиперемированное пятно величиной с горошину с тёмно-красной точкой в центре, соответствующей устью выводного протока железы. При пальпации воспалённой большой железы преддверия из устья выводного протока удаётся выдавить каплю слегка мутной слизи. Если выводной проток закрывается, образуется различной величины болезненная киста, наполненная патологическим секретом и набухшая по направлению к преддверию влагалища. Иногда воспалительный процесс вовлекаются окружающие ткани, что приводит к образованию болезненного инфильтрата, который располагается сбоку у отверстия влагалища. Вокруг воспалённой железы возникают отёк, гиперемия, болезненность. Наиболее тяжёлые формы бартолинита возникают при смешанной инфекции - гонококковой и хламидийной.

♦ Цервицит и эндоцервицит (воспаление шейки и шейчного канала матки) - наиболее распространённое проявление гонококковой инфекции у женщин. У больных обнаруживается слизисто-гнойное отделяемое из канала шейки матки. При осмотре влагалищной части шейки матки с помощью зеркала обнаруживают отек, гиперемию, эрозии вокруг наружного отверстия шейки матки в виде "красного венчика". Хронический эндоцервицит может протекать без выраженных клинических симптомов и местных воспалительных процессов.

♦ Эндометрит (воспаление слизистой оболочки матки) может быть острым или хроническим. При остром течении гонорейного эндометрита повышается температура тела, наблюдается лейкоцитоз. У больных постепенно усиливается боль внизу живота, нарушаются сроки менструации. Наблюдаются слизисто-гнойные или кровянистые выделения из канала шейки матки. Матка увеличена, тестоватой консистенции, болезненна. При хроническом процессе жалобы менее выражены, боли внизу живота появляются

лишь при физических напряжениях и половых сношениях, отмечаются нарушения менструального цикла. При хроническом процессе матка несколько увеличена и плотна.

♦ Сальпингит является наиболее частым проявлением восходящей гонококковой инфекции. Различают следующие виды гонококкового поражения труб матки: катаральный сальпингит, глубокий гнойный сальпингит, нодозный сальпингит, пиосальпинкс, гидросальпинкс, аднекстумор. При катаральном сальпингите поражается слизистая оболочка труб матки (гиперемия, отек слизистой оболочки и умеренная секреция); труба отечная, равномерно утолщенная, пальпируется при исследовании. В ее просвете скапливается серозно-гнойная жидкость, нередко образуются внутренние спайки. Глубокий гнойный сальпингит характеризуется переходом воспалительного инфильтрата глубже в подсерозный и мышечный слои трубы, которая утолщается и стенки её уплотняются. При прогрессировании процесса складки труб отекают, препятствуя прохождению секрета, который при закрытии воронки растягивает стенки трубы, развиваются гидросальпинкс или пиосальпинкс с гнойным содержимым. Через брюшной конец трубы гной может вытекать в полость тазовой брюшины, где под воздействием гонотоксина выделяется трансудат с большим количеством фибрина. Между воспаленной трубой, яичником, маткой, кишечными петлями, сальником образуются спайки, что приводит к образованию конгломератной опухоли, в которой невозможно различить отдельные органы (аднекстумор). Гонококковые сальпингиты протекают подостро, вяло, с незначительными симптомами. Больные предъявляют жалобы на ноющие боли внизу живота, иногда схваткообразные, усиливающиеся при физическом напряжении, во время менструации, при дефекации. Заболевание периодически обостряется вследствие употребления алкоголя и после половых сношений.

♦ При гонококковом сальпингоофорите больные жалуются на ноющую боль внизу живота и в области крестца, усиливающуюся при напряжении брюшной стенки. Иногда повышается температура тела до 38-39°C, отмечается озноб. Нарушаются ритм, интенсивность и длительность менструаций. Гонококки на поверхности яичника вызывают слущивание эпителия, что в последующем из-за слипчивого воспаления между маточной трубой и яичником приводит к образованию спаек. Вследствие гонококкового сальпингоофорита может развиться непроходимость маточных труб, приводящая к бесплодию женщин, внематочной беременности, ограниченному перитониту.

◆ Гонорейный пельвиоперитонит возникает вследствие инфицирования брюшины гонококками из брюшного отверстия маточной трубы, из вскрывшихся пиосальпинкса, пиовариума, а также проникновения их из подсерозной основы маточной трубы по лимфатическим сосудам. Клиническая картина вначале развивается на фоне симптомов, характерных для сальпингита. Больных беспокоят резкие, схваткообразные боли внизу живота, метеоризм, запоры, тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38-40°C. Брюшная стенка напряжена, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При бимануальном исследовании в прямокишечном пространстве определяется выпот, выпячивающий задний свод влагалища и смещающий матку вперёд и вверх. Над симфизом чётко определяется верхняя граница выпота. Гнойный выпот может самостоятельно вскрыться в соседние органы (прямую кишку, мочевой пузырь, влагалище). Диагноз восходящей гонореи и пельвиоперитонита ставится на основании данных анамнеза, клиники и после обязательного обнаружения гонококков в мазках или в посевах отделяемого мочеполовых органов. Одним из последствий гонококкового пельвиоперитонита является первичное или вторичное бесплодие.

2.5. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ

Диагностика гонореи основывается на следующих данных:

- ◆ анамнез заболевания,
- ◆ клиническая картина,
- ◆ обнаружение возбудителя.

Решающее значение имеют лабораторные методы исследования. При подозрении на наличие гонококковой инфекции исследуют отделяемое мочеиспускательного канала, парауретральных протоков, большой железы преддверия влагалища, канала шейки матки, стенок влагалища, секрет предстательной железы, семенных пузырьков, желёз и лакун мочеиспускательного канала, промывные воды прямой кишки.

В клинической практике для диагностики гонореи чаще применяют **бактериоскопические и бактериологические** методы, реже - **иммунофлюоресцентные, иммунохимические и серологические**.

Бактериоскопическое исследование

При типичной клинической картине заболевания, если бактериоскопическое исследование обнаруживает гонококк, в применении бактериологического метода нет необходимости.

Материалом для бактериоскопического исследования является отделяемое слизистой уретры и прямой кишки у мужчин; выделения уретры, шейки матки, прямой кишки у женщин. Кроме того, исследованию подлежат все материалы, подозрительные на наличие гонококков.

У мужчин отделяемое слизистой оболочки берут петлёй из глубины уретры, предварительно очистив её отверстие тампоном, смоченным изотоническим раствором хлорида натрия. При малом количестве выделений до взятия материала производят массаж уретры в дистальном направлении.

У женщин патологическое отделяемое из уретры, бартолиновых желёз и парауретральных ходов берут ложкой Фолькмана или петлёй, из шейки матки-влагалищным пинцетом или петлёй.

Материал из прямой кишки получают либо путём промывания её ампулы тёплым изотоническим раствором хлорида натрия с помощью катетера с двойным током жидкости, либо соскабливая его со слизистой оболочки анального канала ложкой Фолькмана.

При обследовании на фарингеальную гонорею специально обработанным ватным тампоном берут материал из лакун миндалин и с задней стенки глотки выше нижнего края мягкого нёба.

Мазки на одном стекле окрашивают 1%-ным водным раствором метиленового синего или 0,5%-ным водным раствором бриллиантового зелёного в течение 1 минуты, на другом - по способу Грама. При окраске по Граму гонококки ярко-розового цвета (грамотрицательные), остальные кокки фиолетового цвета (грамположительные). При окраске метиленовым синим на бледноокрашенном фоне протоплазмы лейкоцитов гонококки выглядят тёмно-синими, ядра лейкоцитов - синими. В мазках, окрашенных метиленовым синим, гонококки лучше выявляются, а в мазках, окрашенных по Граму, они лучше дифференцируются. Окончательное заключение дают только на основании окраски по Граму.

Бактериологическое исследование

Показаниями к проведению бактериологического исследования являются неоднократное получение отрицательного результата бактериоскопического анализа при клиническом, эпидемиологическом и анамнестическом подозрении на гонорею, наличие в мазках из патологического материала подозрительных на гонококк микроорганизмов, установление излеченности

гонореи. Выделения из уретры засевают на среду асцит-агар или используют безасцитные питательные среды. Посев проводят не раньше чем через 5-7 дней после приёма антибактериальных препаратов или местного применения антисептических средств. Для выявления гонококков, продуцирующих β -лактамазу, используют чашечный, йодометрический и ацидометрический тесты.

Серологическая диагностика гонореи

Единственной серологической реакцией, используемой при диагностике гонореи, является РСК (реакция Борде-Жангу), хотя и она применяется всё реже. Реакцию Борде-Жангу рекомендуется проводить при хронической и осложнённой гонорее, особенно в случаях, когда заболевание не подтверждено бактериологически.

Серологические исследования (реакция Борде-Жангу, реакция определения гонококкового антигена), а также кожно-аллергическая проба с гонококковой вакциной имеют лишь вспомогательное значение и непригодны ни для доказательства гонококковой инфекции, ни для установления излеченности.

Иммунофлюоресцентный метод

При помощи этого метода вполне удовлетворительно можно распознать гонококк. Хорошие результаты получают при прямой иммунофлюоресценции, когда фиксированные над пламенем спиртовки препараты предварительно окрашивают 1%-ным спиртовым раствором эозина и метиленового синего, а затем обрабатывают флюоресцирующей антисывороткой. При таком методе получается более характерное свечение, позволяющее отличать гонококки от других микроорганизмов.

Для более раннего выявления гонококков в отделяемом больных гонореей, особенно женщин, используют замедленный иммунофлюоресцентный метод. В отличие от обычного бактериологического исследования, этот метод позволяет распознать гонококки раньше и преимущественно в тех случаях, когда в исследуемом материале возбудитель находится не в монокультуре, а в ассоциации с другими микроорганизмами.

Иммунохимический метод

Иммунохимические методы высокочувствительны и могут оказывать существенную помощь в выборе тактики обследования и лечения больных. Например, для экспресс-диагностики гонореи применяют встречный имму-

ноэлектрофорез. В качестве антигенов берут отделяемое из мочеиспускательного канала или шейки матки обследуемых. Источником антител служит гипериммунная антигонококковая сыворотка.

2.6. ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ

Основное значение при лечении гонореи имеют антибиотики и сульфаниламидные препараты, оказывающие бактерицидное и бактериостатическое действие на гонококки. При острой свежей гонорее для получения терапевтического эффекта достаточно этиотропного лечения. Больным осложнённой, торпидной и хронической формами гонореи показана комплексная этиологическая и патогенетическая терапия.

Успех лечения гонорейной инфекции зависит от рационального использования всех существующих методов и средств лечения: антибиотиков, сульфаниламидов пролонгированного действия, специфической (гонококковая вакцина) и неспецифической иммунотерапии (пирогенал, продигиозан, аутогемотерапия, левамизол, калия оротат, метилурацил, тактивин, тималин, реинфузия облученной лазером аутокрови), физиотерапии, местного лечения, соблюдения режима и диеты.

Основные принципы лечения больных гонореей:

- клиническое и лабораторное обследование больных с целью выявления сопутствующих заболеваний (сифилис, хламидиоз, трихомоноз и др.) и одновременного их лечения;
- комплексное лечение, включающее следующие виды терапии:
 - ◆ этиотропное (для уничтожения возбудителя),
 - ◆ патогенетическое (для повышения сопротивляемости организма к инфекции),
 - ◆ симптоматическое (для ликвидации местных патологических изменений в поражённой ткани);
- индивидуальное лечение с учётом пола, возраста больного, клинической формы, тяжести патологического процесса, наличия осложнений;
- соблюдение больными во время и после лечения определённого режима питания, воздержания от половых контактов и физических нагрузок;
- одновременное лечение половых партнёров больного.

Конкретный план лечения разных форм гонореи

- Свежая гонорея (острая и подострая) - антибиотикотерапия.
- Лечение больных хронической, а также свежей торпидной гонореей начинают с иммунотерапии и местного воздействия, а затем назначают антибиотики и продолжают местное лечение.
- Острый эпидидимит, простатит, везикулит: постельный режим, антибиотики, иммунотерапия и местное лечение.
- Хронический простатит и везикулит: лечение, как при хронической гонорее, с учётом особенностей местной терапии, физиотерапия.

В “Инструкции по лечению и профилактике гонореи” (1996) приведены наиболее часто применяемые схемы лечения. При выборе средств антибактериальной терапии необходимо учитывать чувствительность гонококков к лекарственным средствам, показания и противопоказания к их назначению, фармакокинетику, фармакодинамику, механизм и спектр антимикробного действия, а также взаимодействие с другими лекарственными препаратами.

Для лечения больных гонореей рекомендуют применять препараты группы пенициллина (бензилпенициллин, бициллин-1, -3, -5, ампициллин, ампиокс, оксациллин), левомецетин, препараты тетрациклинового ряда (тетрациклин, окситетрациклин, метациклин, доксициклин, вибрамицин), макролиды (эритромицин, олететрин, эрициклин), аминогликозиды (сизомицин, канамицин), рифамицины (рифампицин, бенемидин), сульфаниламидные препараты пролонгированного действия (сульфамонетоксин, сульфадиметоксин) и комбинированные сульфаниламидные препараты (бисептол, сульфатон).

Для лечения гонореи, вызываемой β -лактамазообразующими штаммами гонококков, применяются более эффективные антибиотики (спектиномицин, розоксацин, цефалоспорины 2-го и 3-го поколений). На этом фоне положительно выделяется тробицин (спектиномицин) из группы аминциклитолов. На курс лечения неосложнённого гонорейного уретрита, цервицита или проктита необходима однократная внутримышечная инъекция препарата (2,0 г для мужчин и 4,0 г для женщин).

В последние годы для лечения гонореи и смешанных инфекций, передающихся половым путем, рекомендуются синтетические антимикробные препараты: моно- и дифторхинолоны.

- Свежая острая неосложнённая гонорея:
 - ◆ абактал (однократно 0,6 г);
 - ◆ максаквин (однократно 0,6 г);

- ◆ сифлокс (однократно 0,75 г).
- Свежая осложнённая и хроническая гонорея:
 - ◆ абактал - по 0,6 г 1 раз в сутки, на курс 2,4 г;
 - ◆ максаквин - по 0,6 г 1 раз в сутки, на курс 2,4 г;
 - ◆ сифлокс - по 0,5 каждые 12 часов, на курс 4 г.
 - ◆ ципробай - первый прием 0,5 г, затем по 0,25 г каждые 12 часов, на курс 1,25 г.
 - ◆ таривид - первый прием 0,4 г, затем по 0,2 г каждые 12 часов, на курс 1,6.
- Гонорейно-хламидийная инфекция:
 - ◆ абактал - по 0,6 г 1 раз в сутки, на курс 4,2 г (свежая); 8,4 г (хроническая);
 - ◆ максаквин - по 0,6 г 1 раз в сутки, на курс 4,2 г (свежая), 8,4 г (хроническая);
 - ◆ сифлокс - по 0,5 г каждые 12 часов, на курс 7 г (свежая), 14 г (хроническая).

В качестве препарата выбора для лечения гонореи и сочетанных инфекций уrogenитального тракта эксперты ВОЗ рекомендуют азитромицин (сумамед) - антибиотик из группы макролидов. Суммарная доза препарата для больных свежей острой гонореей составляет 1,5 г [М.М.Васильев и соавт., 1995], по данным зарубежных венерологов достаточным является однократный приём 1 г азитромицина. При свежей торпидной и хронической гонорее суммарная доза составляет 2,0 г по следующей схеме: первый приём 1 г, затем каждые 24 часа по 250 мг до достижения курсовой дозы.

2.7. КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ

Критерии излеченности гонореи у мужчин:

- ◇ стойкое отсутствие гонококков при микроскопическом и бактериологическом исследовании отделяемого мочеполовых органов;
- ◇ отсутствие пальпаторных изменений в предстательной железе, семенных пузырьках, а также лейкоцитов в их секрете;
- ◇ нерезко выраженные воспалительные изменения в мочеиспускательном канале при уретроскопии или их отсутствие.

Излеченность больных, перенёсших свежую гонорею, определяют через 7-10 дней после окончания лечения. При отсутствии гонококков в исследуемом материале, проводят комбинированную провокацию (вводят в мочеиспускательный канал 4-6 мл 0,5%-го раствора нитрата серебра и одновре-

менно внутримышечно 500 млн микробных тел гоновакцины или 200 МПД пирогенала). Применяют также бужирование, массаж мочеиспускательного канала; дают солёную, острую пищу, раздражающую слизистые оболочки мочевыводящих путей. Через 24, 48, 72 ч для лабораторного исследования берут отделяемое (или соскобы) из мочеиспускательного канала, парауретральных протоков, нити из мочи, секрет предстательной железы и семенных пузырьков. Точность исследования возрастает, если после провокации отделяемое из различных очагов инфекции повторно высевают на искусственные питательные среды.

Если гонококки и другие патогенные микроорганизмы не обнаруживаются, то следующий контроль назначают через 1 месяц. После комбинированной провокации проводят клиническое, трёхкратное лабораторное (для обнаружения гонококков) и урологическое исследование (уретроскопия, микроскопическое исследование секрета предстательной железы и семенных пузырьков).

Третий последний контроль проводят аналогично через 1 месяц после второго. При отсутствии клинических признаков заболевания и гонококков при лабораторном исследовании, пациент снимается с учёта.

Лица, перенесшие гонорею и у которых не установлен источник заражения (значит не исключено одновременное заражение сифилисом) подлежат ежемесячному клинико-серологическому контролю в течение 6 месяцев.

Критерии излеченности гонореи у женщин:

- ◇ отсутствие гонококков при исследовании выделений из мочеиспускательного канала, канала шейки матки, прямой кишки;
- ◇ благоприятные результаты клинического и лабораторного исследования в течение 2-3 менструальных циклов;
- ◇ отсутствие боли и явных пальпаторных изменений внутренних половых органов, нормальный менструальный цикл.

Излеченность определяют через 7-10 дней после окончания лечения антибиотиками. Выделения из мочеиспускательного канала, канала шейки матки, прямой кишки подвергают лабораторному исследованию на наличие гонококков. При отсутствии их в исследуемом материале проводят комбинированную провокацию: инъекцию гоновакцины (500 млн микробных тел) или пирогенала (200 МПД), смазывание мочеиспускательного канала и прямой кишки 1%-ным раствором Люголя, а канала шейки матки - 2-5%-ным раствором нитрата серебра. Через 24, 48, 72 ч исследуют отделяемое из уретры, шейки матки и прямой кишки на наличие гонококков. Во время очередной менструации снова берут мазки, а после её окончания повторя-

ют провокацию с исследованием отделяемого в течение 3 дней. Такие обследования проводят в течение 2-3 менструальных циклов, после чего при благоприятных результатах клинического и лабораторного исследования больную снимают с учёта.

Больная гонореей находится под наблюдением врача для установления излеченности после окончания лечения при свежей гонорее в течение 2 месяцев, при хронической - 3 месяцев. Больным с невыявленным источником заражения срок контрольного наблюдения удлиняют до 6 месяцев. При этом проводят ежемесячные клинические и серологические обследования для выявления сифилиса.

2.8. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ПОВОДУ ЗАРАЖЕНИЯ ГОНОРЕЕЙ

Экспертиза по поводу заражения гонореей всегда должна проводиться комиссией с обязательным участием специалиста в области венерологии, а при необходимости с участием уролога, гинеколога и других врачей.

Опрос свидетелюемого проводится так же, как и в п. 1.9.

Экспертиза на гонорею имеет свои особенности:

- При наличии выделений из мочеиспускательного канала выясняют время их появления после полового сношения, их характер (гнойные, слизистые, серозные, обильные, скудные); наличие рези, жжения, боли в начале или в конце мочеиспускания, делают мазок на предметном стекле и направляют в бактериологическую лабораторию. При отсутствии выделений свидетелюемого направляют для проведения детального обследования в кожно-венерологический диспансер.
- Для характеристики воспалительного процесса в мочеиспускательном канале у мужчин проводится "двустаканная проба": свидетелюемому предлагают последовательно помочиться в два стакана. При наличии острого процесса в передней уретре первая порция мочи (1-й стакан) - мутная, вторая (2-й стакан) - прозрачная. При поражении задней уретры - обе порции мочи мутные. Чем процесс острее, тем моча более мутная. Помутнение мочи может быть за счет содержания в ней солей. В этом случае моча проясняется при добавлении к ней небольшого количества соляной кислоты.
- При подозрении на гонорейное воспаление слизистой прямой кишки берут мазки из прямой кишки или промывают прямую кишку при помощи специального двойного металлического катетера, а промывные воды на-

правляют в бактериологическую лабораторию для обнаружения гонококков.

- Для выявления гонорейного процесса исследуют яички, их придатки, предстательную железу и семенные пузырьки. Эксперт описывает форму мошонки, морщинистость, пигментацию, величину (нормальная, уменьшена, увеличена); отмечает наличие ячеек в мошонке, их консистенцию (мягкая, мягко-эластичная, эластичная); характер поверхности (гладкая, бугристая), болезненность, величину (длина, ширина, толщина). Определяет изменения в придатках (бугристость, уплотнение в их головке, теле или хвосте), состояние семенных канатиков (толщина, консистенция).
- Исследование яичек и придатков производится пальпаторно: рука исследователя подводится под яичко таким образом, чтобы яичко лежало между ладонной поверхностью сложенных вместе второго-пятого пальцев и большим пальцем. Правое яичко исследуется левой рукой, левое - правой рукой.
- Исследование внутренних половых органов - предстательной железы и семенных пузырьков - производится указательным пальцем (в резиновой перчатке) через прямую кишку в коленно-локтевом положении освидетельствуемого или в положении его на правом боку. Эксперт определяет положение предстательной железы, примерную величину, границы, состояние поверхности (гладкая, бугристая). Выраженность срединной бороздки, равномерность долей, консистенцию (дряблая, мягко-эластичная, эластичная, плотно-эластичная), наличие уплотнений, втяжений, болезненности. В норме предстательная железа эластичной или плотно-эластичной консистенции с отчетливыми границами. Семенные пузырьки в норме мягкие, наличие уплотнений в них свидетельствует о перенесенном или текущем воспалительном процессе.
- В случае необходимости производится инструментальное исследование - передняя и задняя уретроскопия и ректоскопия. Инструментальные и лабораторные методы исследования должны производиться только лицами, владеющими соответствующими методами.
- При судебно-медицинской экспертизе по поводу заражения гонореей производится осмотр как мужчины, так и женщины. У женщин мазки берут из уретры, шейки матки и прямой кишки на три предметных стекла.
- При обследовании женщин обращают внимание на появление выделений или развитие воспалительного процесса вскоре после начала половой жизни или случайной половой связи; появление болей внизу живота после менструаций, родов или аборта. Объективный осмотр начинают обязательно с пальпации брюшной стенки (симптом Щёткина-Блюмберга). Осматривают вульву, слизистую преддверия на наличие эрозий или высыпаний. При осмотре уретры оценивают отёчность и гиперемию губок уретры, наличие парауретральных ходов. Следует обращать внимание на консистен-

цию уретры, что определяют, прижав её пальцем через влагалище к лонному сочленению. В норме уретра мягкой консистенции, состояние её в виде плотного тяжа указывает на наличие хронического воспалительного процесса, чаще всего гонорейной этиологии. Следствием гонорейного процесса часто бывает двустороннее воспаление бартолиниевых желез и их протоков. При осмотре больших вестибулярных желёз обращают внимание на гиперемию устьев протока железы, инфильтрацию, наличие отделяемого после массажа железы, болезненность. При осмотре влагалища отмечают гиперемию стенок, наличие эрозий, а также количество, характер и цвет выделений. Затем осматривают шейку матки, её форму, наличие эрозий, характер выделений. При бимануальном обследовании определяют размер, консистенцию, болезненность тела матки. Следствием гонорейного процесса часто бывает также двустороннее хроническое воспаление придатков. Обращают внимание на величину, форму, консистенцию, болезненность придатков матки. При пальпации параметрия отмечают наличие тяжей, инфильтратов, их расположение.

Окончательный диагноз гонорее устанавливают после бактериоскопического и бактериологического исследования отделяемого на гонококки (мазок и посев). Все эти исследования следует проводить в кожно-венерологических диспансерах.

3. СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУННОГО ДЕФИЦИТА (СПИД)

Синдромом приобретенного иммунного дефицита называют заболевание инфекционной природы, характеризующееся нарушениями функций иммунной системы и суммой различных клинических признаков.

3.1. ЭТИОЛОГИЯ

Заболевание вызывается вирусом иммунодефицита человека - ВИЧ, принадлежащим к семейству *Retroviridae*, подсемейству *Lentivirus*. Различают ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Вирус иммунодефицита человека первого типа (ВИЧ-1) был открыт в 1983 году французским исследователем Л.Монтанье и его американским коллегой Р.Галло. В 1986 году Л.Монтанье выделил у жителей Западной Африки вирус иммунодефицита второго типа (ВИЧ-2). Ми-

шени для вирусов обоих типов одинаковы: Т-лимфоциты, другие клетки иммунной системы (макрофаги), клетки нервной системы (в основном головного мозга). Эпидемиологические, клинические и молекулярные характеристики ВИЧ первого и второго типов показывают, что заражение ВИЧ-2 происходит реже, инкубационный период у него больше, он менее вирулентен, чем латентный ВИЧ-1. Наблюдаются случаи двойного инфицирования (ВИЧ-1 и ВИЧ-2) в среде гомосексуалистов, наркоманов, проституток, заключённых. Опасность представляют также ретровирусы, обнаруженные в Западной Африке и Южной Америке. Они патогенны для человека и подавляют его иммунитет. Существенным отличием ретровирусов от остальных вирусов является наличие у них фермента обратной транскриптазы. ВИЧ, проникший в клетки человека с помощью обратной транскриптазы, трансформирует затем свой генетический материал в ДНК за счет клетки-хозяина, а новые клетки, полученные при репродуцировании, уже содержат вирусные гены. Развитие СПИДа основывается на разрушении Т-лимфоцитов-хелперов, а также макрофагов. Как следствие этого возрастает активность Т-лимфоцитов-супрессоров, и развивается иммунологическая недостаточность. В настоящее время доказано, что ВИЧ может инфицировать моноциты. Инфекция этих клеток является продуцирующей. Продуцирование ВИЧ может активизироваться под действием лимфоцитов, при этом активирующим агентом может быть фактор некроза опухолей. Эти аспекты проблемы СПИДа объясняют некоторые стороны его патогенеза.

На поверхности ВИЧ образуются многочисленные отростки сложного строения, состоящие из гликопротеинов. Именно от них зависит способность вируса проникать в клетку хозяина, обуславливая её гибель. Под сферической оболочкой вириона наблюдаются замысловатые сплетения нитей, образующих симметричную структуру - "скелет", который удерживает сердцевину вируса в определенном положении. В конусовидной сердцевине вируса своеобразным образом "упакованы" тяжи рибонуклеопротеида - геном вируса. Фрагменты генома с помощью обратной транскриптазы встраиваются в генетическую информацию клеток человека. В процессе размножения вируса зараженные клетки погибают. В случае поражения клеток (лимфоцитов, макрофагов) у человека развивается поражение иммунной системы. Он становится беззащитным перед бактериями, другими вирусами, грибами. При заражении нервных клеток (нейроглии) происходит поражение нервной системы.

ВИЧ-инфекция относится к группе медленных инфекций. Установлено, что ДНК вируса СПИДа может находиться в геноме человека как минимум три года. При этом никакой репликации вируса не происходит, и антитела в крови не появляются. ВИЧ длительное время сохраняет свою жизнедеятельность и в плазме крови, лишенной клеточных элементов. Вероятно, именно с этим связана необычайная "продуктивность" пути передачи ин-

фекции через шприц. Для этого вируса характерна высокая степень изменчивости - в один миллион раз больше, чем у вируса гриппа.

Устойчивость ВИЧ во внешней среде относительно невысокая. Установлено, что ВИЧ полностью теряет инфекционность при нагревании до температуры $+56^{\circ}\text{C}$ в течение 10 мин, а также при снижении pH среды ниже 1 или повышении его выше 13. Эффективными дезинфицирующими средствами являются: этиловый и изопропиловый спирты, параформальдегид, перекись водорода, лизол, хлорная известь. Вирус относительно устойчив к ионизирующему излучению и ультрафиолетовым лучам.

Механизм биологического взаимодействия ВИЧ с организмом хозяина представляет особые трудности, обусловленные типом антител, выработка которых инициируется этим вирусом. Поведение вируса в организме инфицированного человека непредсказуемо. Наблюдения в течение 5 лет не выявили никаких клинических симптомов СПИДа более чем у 2/3 инфицированных лиц. Примерно у 20% инфицированных после инкубационного периода наступает прогрессирующее ухудшение состояния здоровья, либо периоды вирусной активности сменяются периодами её затухания.

3.2. ПАТОГЕНЕЗ

При ВИЧ-инфекции происходит прогрессирующее разрушение иммунной системы организма. Возбудитель СПИДа имеет выраженный тропизм к Т-лимфоцитам. Это обусловлено чрезвычайно высоким аффинитетом гликопротеина наружной оболочки вириона к гликопротеиновому рецептору T_4 , располагающемуся на поверхности Т-хелперов. Вирус размножается сначала в Т-хелперах и затем распространяется по всему организму. Поэтому ВИЧ удается выделить не только из лимфоцитов крови и плазмы, но и из грудного молока, слюны, мочи, слёз, эякулята, цервикального секрета.

При высокой поглотительной и всасывающей способности, обильной васкуляризации слизистой оболочки мочеполовых путей и прямой кишки легко открывается путь ВИЧ в кровоток. Содержащиеся в сперме полиамины оказывают иммуносупрессивное действие, обусловленное ее трансглутаминазной активностью, и определяют оптимальные условия для проникновения вируса в слизистую оболочку.

Т-супрессоры являются носителями другого гликопротеина, не обладающего родством к гликопротеину оболочки ВИЧ. Соотношение Т-хелперов и Т-супрессоров в норме составляет 2:1, а при СПИДе - 1:5. Известно, что Т-хелперы стимулируют работу Т-киллеров, способных разрушать мишени-клетки, увеличивать активность макрофагов и стимулировать продуцирование антител В-лимфоцитами. Подавление же популяции Т-хелперов Т-супрессорами ведет к угнетению этого процесса.

В-лимфоциты осуществляют свою функцию только совместно с Т-лимфоцитами при условии регуляции их взаимодействия белками-регуляторами (лимфокинами), секретируемыми Т-хелперами. Угнетение функции Т₄-лимфоцитов вызывает ослабление способности организма к иммунному ответу у больных СПИД. У таких больных лимфоциты-хелперы в циркулирующей крови практически отсутствуют.

Установлена тропность ВИЧ и к макрофагам - активным защитникам от инфекций. Макрофаг способен к фагоцитозу и секреции антибактериальных белковых веществ, является помощником Т-киллеров, уничтожающих чужеродные субстанции, участвует в дифференцировке тимоцитов и стволовых кроветворных клеток. Экспериментально доказано, что Т-киллеры не активны при отсутствии в среде макрофагов. Макрофаги способны противодействовать росту опухолевых клеток и осуществлять регуляцию иммунного ответа.

Когда описанные выше иммунные процессы снижаются до определённого уровня, человек становится уязвимым для широкого спектра оппортунистических инфекций и редко встречающихся злокачественных новообразований, появление которых служит клиническим показателем лежащего в их основе иммунного дефицита.

Клинические проявления СПИДа ежегодно развиваются у 2-8% инфицированных лиц. Заболевание проходит шесть стадий: *инкубационный период, острая стадия болезни, латентный период, персистирующая генерализованная лимфаденопатия, ассоциируемый со СПИДом симптомокомплекс, собственно СПИД*. Однако такая последовательность стадий отмечается не у всех поражённых.

- В среднем время развития СПИДа составляет около 10 лет. Организм начинает вырабатывать антитела через 6-12 недель, а иногда через 8 месяцев после инфицирования.
- Острая стадия болезни сопровождается лихорадкой, лимфаденопатией, потливостью в ночное время, головной болью, кашлем. Может возникать острая энцефалопатия.
- В латентном периоде СПИДа проявления болезни отсутствуют. В этом периоде болезни существующие методы вирусологической и иммунологической диагностики оказываются недостаточно чувствительными.
- Персистирующая лимфаденопатия клинически проявляется увеличением лимфатических узлов, причем этому состоянию не предшествует другое заболевание или приём лекарственных препаратов. У трети больных этот период протекает бессимптомно.
- Ассоциированный со СПИДом симптомокомплекс характеризуется такими же клиническими признаками и иммунологическими наруше-

ниями, что и у страдающих СПИДом, но они менее выражены. У таких больных отмечаются недомогание, усталость, сонливость, потеря аппетита, гастроэнтерит, диарея, лихорадка, потливость по ночам, головная боль, зуд кожных покровов. При объективном исследовании обнаруживают увеличение лимфатических желез и селезенки. Довольно часто отмечаются дерматиты, экземы, стафилодермии, микотические и вирусные заболевания, сосудистые изменения.

- Собственно СПИД является наиболее тяжелой формой болезни, обусловленной ВИЧ, и характеризуется наличием вызванных условно-патогенными микроорганизмами инфекций и злокачественных опухолей. Для этой стадии заболевания типичны те же признаки и симптомы, что и для ассоциируемого со СПИД симптомокомплекса, но они носят более выраженный характер.

До сих пор окончательно не установлен механизм проявления клинических симптомов заболевания, и остается неясным развитие СПИДа у лиц с антителами к ВИЧ. Особую роль при ВИЧ-инфекции играют заболевания, передающиеся половым путём (сифилис, герпесвирусная инфекция, хламидиоз, микоплазмоз). В последнее время возрос интерес к цитомегаловирусной инфекции в связи с её большой частотой у больных СПИДом. Беспорядочные сексуальные связи и наличие многочисленных половых партнёров служат причиной того, что у больных ВИЧ-инфекцией часто выявляются также разнообразные болезни, передающиеся половым путём. Особое практическое значение имеет сочетание СПИДа и сифилиса.

Общие черты ВИЧ и возбудителей венерических болезней (в том числе и сифилиса):

- ◇ крайняя неустойчивость во внешней среде и быстрая гибель;
- ◇ половой путь передачи инфекции;
- ◇ распространение заболеваний в группах риска;
- ◇ способность не проявлять себя длительное время (месяцы, годы) при проникновении в организм;
- ◇ появление периодических вспышек заболевания и серьёзных клинических признаков;
- ◇ диагностика на ранних стадиях заболевания с помощью серологических (иммунологических) методов.

Пути передачи инфекции

Источник инфекции - больной человек или бессимптомный вирусоноситель. Особая роль в распространении СПИДа принадлежит группам повы-

шенного риска заражения: гомосексуалисты, бисексуалисты, проститутки и их клиенты, наркоманы; больные гемофилией, зараженные ВИЧ; дети от больных СПИДом матерей, больные венерическими инфекциями.

Основные пути заражения:

- ◆ **половой** (вагинальное или анальное сношение с заражённым партнёром);
- ◆ **парантеральный** (переливание инфицированной ВИЧ крови; внутривенное введение лекарственных средств или наркотиков нестерильными шприцами при повторном их использовании);
- ◆ **трансплацентарный** (внутриутробное заражение плода от больной матери).

ВИЧ выделен из многих жидкостей организма, включая слюну и слёзы, но пока неизвестны случаи заражения через какую-либо среду помимо крови, спермы и вагинально-цервикального секрета. ВИЧ обнаружен в лимфоцитах периферической крови, сперме, спинномозговой жидкости, слюне и вагинальном секрете, слюне, поте, грудном молоке, моче инфицированных людей, а также в лимфоузлах, тканях головного мозга, клетках костного мозга и коже. Проникновение ВИЧ в организм может наблюдаться у медицинских работников при соприкосновении с инфицированными тканями или кровью, проведении лечебных процедур, при осмотре больных СПИДом, при вскрытии трупов.

3.3. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

К наиболее частым признакам ВИЧ-инфекции относится увеличение лимфатических узлов. Чаще увеличиваются заднешейные, надключичные, локтевые, подмышечные и паховые лимфатические узлы. При оценке состояния лимфоузлов следует руководствоваться рекомендацией группы экспертов ВОЗ, согласно которой подозрительным на ВИЧ-инфекцию является увеличение более чем одного лимфоузла, более чем в одной лимфо-группе (кроме паховой), длящееся свыше 6 недель. Лимфаденопатия обнаруживается у 83% больных. Дифференциальная диагностика данной персистирующей генерализованной лимфаденопатии в этой стадии ВИЧ-инфекции сложна, так как лимфаденопатии могут быть и при других инфекционных и неинфекционных заболеваниях: туберкулез, лимфогрануломатоз, инфекционный мононуклеоз, сифилис, краснуха. Описанные первичные проявления СПИДа в период сероконверсии могут быть незамеченными ни больным, ни врачом.

Ранние симптомы СПИДа:

- ◇ лихорадка невыясненной этиологии;
- ◇ общая слабость;
- ◇ головная боль;
- ◇ повышенная утомляемость;
- ◇ уменьшение массы тела;
- ◇ упорная диарея;
- ◇ кашель;
- ◇ гепатоспленомегалия.

В настоящее время для практических целей применяют клинико-морфологическую классификацию форм СПИДа:

- ◆ лёгочная;
- ◆ желудочно-кишечная;
- ◆ церебральная;
- ◆ диссеминированная.

■ Лёгочная форма проявляется одышкой, гипоксией, болью в области груди. При рентгенологическом исследовании в лёгких обнаруживают диффузные инфильтраты. Самой частой инфекцией, приводящей к смерти больных, является пневмония, вызванная *Pneumocystis carinii*. Тяжёлую клиническую картину дают инфекции лёгких, вызванные легионеллами, цитомегаловирусом и другими микроорганизмами. Для таких пневмоний характерны вялость течения, высокая частота рецидивов после прекращения лечения.

■ Желудочно-кишечная форма сопровождается диареей, тошнотой, рвотой, снижением массы тела; связана с инфекциями, вызываемыми *Cryptosporidium* и другими микроорганизмами. Перемежающаяся или непрерывная диарея в течение 2-3 месяцев плохо поддаётся лечению. В некоторых случаях образуются болезненные, кровоточащие язвы желудка или кишечника. У некоторых больных СПИД протекает в форме лихорадки неизвестной этиологии, сопровождается стоматитом, поражениями пищевода, усиленным потоотделением ночью, недомоганием, слабостью, потерей массы тела до 10-15 кг.

■ Церебральная форма СПИДа встречается у 30% больных. При этой форме регистрируются вторичные инфекции ЦНС: менингиты, абсцессы мозга, острые и подострые энцефалиты, прогрессирующая лейкоэнцефалопатия; опухоли головного мозга (первичные или вторичные лимфомы); сосуди-

стые осложнения, ассоциированные с тромбоцитопенией; очаговые поражения ЦНС в форме доброкачественно протекающего менингита. Около трети больных СПИДом страдают деменцией до развития тяжелого слабоумия. Возбудителями патологических процессов в головном мозгу выступают токсоплазмы, криптококки, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барра, аденовирусы, вирус гриппа, вирус герпеса.

■ Диссеминированная форма проявляется поражением кожи и слизистых оболочек. При этой форме развиваются злокачественные опухоли более чем у 30% больных, а именно саркома Капоши, которая является одной из форм течения СПИДа. Источником развития опухоли служат ретикулярные элементы околососудистой ткани. Заболевание начинается с появления эритематозных или геморрагических пятен, узловатых инфильтратов различной величины. Узелковые или бляшечные элементы сливаются, нередко в месте изъязвления наблюдаются кровоизлияния. Типичные места локализации - лодыжки, пальцы, тыльная поверхность стопы. Заболевание может появиться на любом участке кожи и слизистых оболочках полости рта, а также в области наружных половых органов. Часто наблюдается отёк конечностей вплоть до слоновости. Саркома Капоши может сопровождаться висцеральными поражениями (лимфатические железы, желудочно-кишечный тракт, лёгкие, печень, сердце, кости). У больных появляются кашель, одышка, аритмия.

По классификации ВОЗ [1974] саркома Капоши отнесена в группу злокачественных опухолей кровеносных сосудов (ангиоретикулоэндотелиоз).

Различают 4 формы саркомы Капоши:

- ◇ спорадическая
- ◇ эпидемическая
- ◇ иммуносупрессивная
- ◇ злокачественная

Наиболее частой формой поражения кожи при СПИДе является злокачественная форма саркомы Капоши.

◇ *Спорадическая* или классическая форма саркомы Капоши проявляется багрово-красными, синюшными, тёмно-бурыми пятнами, бляшками, узлами, множественными и часто симметричными, расположенными в основном на конечностях, чаще на нижних, реже на коже туловища, лица, слизистой полости рта. Не связанная со СПИД саркома Капоши редкое заболевание. Болеют чаще мужчины старше 60 лет. Болезнь протекает медленно (8-10 лет и более), хронически, с динамикой от пятнисто-узловых высыпаний в бляшечные, а затем в опухолевидные.

◊ Эпидемическая форма саркомы Капоши распространена в экваториальной Африке и характеризуется высокой частотой висцеральных поражений; изолированным поражением лимфатических узлов, которые достигают очень больших размеров, без сочетания лимфаденопатии с поражением кожи.

◊ Иммуносупрессивная форма саркомы Капоши развивается у лиц, длительно получавших иммуносупрессивную терапию по поводу других заболеваний, особенно после трансплантации органов и тканей. Отмечается частое поражение слизистой оболочки полости рта.

◊ Злокачественная, ассоциированная со СПИД, молниеносная форма саркомы Капоши является наиболее характерным проявлением СПИДа, уступая в частоте только пневмоцистной пневмонии. Поражаются лица мужского пола среднего и молодого возраста (20-50 лет). Очаги саркомы Капоши у больных СПИД обычно множественные, часто симметричные, могут возникать практически на любом участке кожи - туловище, руках, лице. На лице локализуются на ушных раковинах, носу, конъюнктиве века, что вызывает обширный отёк на лице и вокруг глаз. На туловище очаги нередко бывают удлинёнными по ходу кожных борозд и располагаются вдоль рёбер. Возможно раннее поражение слизистых нёба, щёк, языка, дёсен, губ и половых органов. Высыпания иногда имеют вид выступающей над уровнем слизистой оболочки бляшки с гладкой поверхностью тёмно-красного цвета или узла, резко отграниченного, безболезненного, синюшно-красного или фиолетового цвета, величиной до лесного ореха. Болезнь характеризуется генерализованным поражением кожи, слизистых оболочек, лимфатических узлов и внутренних органов, а также резистентным к терапии течением и быстрым летальным исходом главным образом по причине развития сепсиса или пневмоцистной пневмонии.

Различные поражения кожи и слизистых оболочек являются частым проявлением заражения ВИЧ. Они возникают практически при всех клинических формах ВИЧ-инфекции, а не только в стадии развившегося СПИДа и имеют важное диагностическое и практическое значение. Природа поражений кожи и слизистых оболочек весьма разнообразна, чаще всего встречаются:

- себорейный дерматит;
 - вирусные заболевания;
 - микотические заболевания;
 - пиодермии.
- Себорейный дерматит обнаруживается в период вирусоносительства у 10% ВИЧ-инфицированных при отсутствии других клинических признаков, а в стадии развившегося СПИДа имеет место у 46-83% больных. Возникновение и развитие себорейного дерматита у ВИЧ-инфицированных связыва-

ют с активностью дрожжевых грибов, *Pityrosporum ovale*, увеличением содержания в очагах поражения *Demodex folliculorum*. У некоторых больных себорейный дерматит с элементами стрептодермии является первым клиническим признаком СПИДа, возникающим иногда за 1-2 года до появления других клинических симптомов заболевания. Клинические проявления себорейного дерматита при ВИЧ-инфекции протекают тяжело и остро. Высыпания могут выходить за пределы локализаций классического варианта в связи с иммунодефицитным состоянием. Кожа приобретает сходство с вульгарным ихтиозом, а высыпания из-за сильного шелушения и сухости сопровождаются выраженным зудом преимущественно в области волосистой части головы. Большое распространение высыпаний и их переход в эритродермическую форму в виде сливных эритематозных фолликулярных бляшек - неблагоприятный прогностический признак.

• Из вирусных заболеваний герпес простой и герпес опоясывающий являются наиболее частыми при СПИДе. Рецидивирующий герпес начинается в форме классической инфекции, обусловленной вирусом простого герпеса, а с присоединением иммунодефицита приобретает генерализованное или хроническое течение. Высыпания появляются на губах, в полости рта, половых органах и перианальной области. С присоединением вторичной инфекции герпес у таких больных может иметь сходство с ветряной оспой или импетиго. У инфицированных ВИЧ гомосексуалистов может развиваться герпетический проктит с легким отёком, гиперемией кожи перианальной области и немногочисленными пузырьками. Герпетические эрозии и язвы на гениталиях и перианальной области лишены тенденции к заживлению, очень болезненны. Рецидивирующий перианальный или генитальный герпес у больных СПИДом обычно принимает тяжёлую форму со все более длительными и частыми рецидивами.

По клиническим особенностям у ВИЧ-инфицированных (больных СПИД) можно выделить 4 формы герпетической инфекции:

- ◆ латентная - очагов нет, бессимптомное течение;
- ◆ локализованная - на коже в виде простого герпеса, герпетической экземы, язвенно-некротического герпеса; на слизистой оболочке полости рта в виде эрозивного, язвенного или язвенно-некротического стоматита; на половых органах - в виде уретрита, вульвовагинита, цервицита;
- ◆ генерализованная форма - в виде менингита, энцефалита, менингоэнцефалита, гепатита;
- ◆ смешанная форма - поражаются кожа, слизистые оболочки, внутренние органы, ЦНС.

Клиническим признаком неблагоприятного прогноза у больных ВИЧ-инфекцией является *Herpes zoster* - рецидивирующий опоясывающий лишай. Полагают, что даже единственный эпизод опоясывающего герпеса следует рассматривать как индикатор ВИЧ-инфекции при возникновении его у лиц

молодого возраста из группы риска при отсутствии провоцирующих заболеваний и иммуносупрессивной терапии.

Больные, заражённые ВИЧ, имеют повышенную склонность к появлению простых бородавок, контагиозного моллюска, остроконечных кондилом. Эти высыпания у больных с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции имеют распространённый характер, локализуясь чаще всего на лице, в полости рта, на половых органах, в перианальной области. Высыпания резистентны к лечению и склонны к рецидивам. Папилломавирус чаще обнаруживается у женщин, инфицированных ВИЧ, и приводит к более частому развитию у них дисплазий в шейке матки, вплоть до инвазивной карциномы. “Волосатая” лейкоплакия языка описана только у больных, инфицированных ВИЧ. Возбудителем заболевания считают вирус Эпштейна-Барра или папилломавирусы.

- Микотические заболевания при инфекции ВИЧ чаще всего представлены кандидозом, руброфитией, разноцветным лишаям, паховой эпидермофитией. Общими их особенностями являются распространённость, упорное течение и стойкость к проводимой терапии. Особенно подозрительными на наличие у пациентов ВИЧ являются стойкий кандидоз у молодых лиц (чаще мужчин), не получавших антибиотики, цитостатики, кортикостероиды; преимущественное вовлечение в процесс слизистых оболочек полости рта, гениталий и перианальной области; тенденция к образованию обширных очагов, сопровождающихся болезненностью, склонностью к эрозированию. Оральный кандидоз часто распространяется на область зева и пищевода. Этим обстоятельством объясняются затруднения при глотании, загрудинное жжение и боль во время приёма пищи. Отмечаются клинические признаки кандидоза в виде поражений красной каймы губ, углов рта, периоральной области, паховых складок, туловища и ногтей.

- Вегетирующая, диффузная и, особенно, шанкриформная пиодермия считаются частыми признаками ВИЧ-инфекции. Вегетирующая пиодермия поражает преимущественно крупные складки, клинически симулирует широкие кондиломы. Шанкриформная пиодермия помимо обычной локализации в области половых органов развивается на верхней губе, в области ягодиц. Шанкриформная пиодермия выглядит как эрозивно-язвенный дефект кожи диаметром 1,0-1,5 см с округлыми очертаниями и резкими границами. При пальпации выявляется плотноэластический инфильтрат. Для пиодермий на фоне ВИЧ-инфекции характерны распространённость процесса и рецидивирующее течение.

Сообщения о поражениях кожи при ВИЧ-инфекции расширяют представления о клинических маркерах заболевания. Заслуживают внимания следующие данные: ксеродерма с выраженным зудом у больных хронической диареей; телеангиэктазии с локализацией на груди, ушных раковинах, ладонях; трофические нарушения кожи и её придатков - пеллагроидный син-

дром, преждевременное поседение, гнездная и очаговая алопеция. У некоторых больных могут наблюдаться генерализованный зуд и длительно существующий розовый лишай.

Патология кожи занимает одно из ведущих мест среди ВИЧ-индикаторных и СПИД-маркерных заболеваний. Изменения кожи с упорным течением, особенно у лиц группы риска с учётом других данных объективного и лабораторного обследования всегда должны настораживать врача и дают основания для предположения о наличии ВИЧ-инфекции.

3.4. ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СПИДА

Диагностика СПИДа проводится с учётом данных эпидемиологического анамнеза, клинических симптомов, оценки иммунного статуса больных и обнаружения специфических антител в крови, а в ряде случаев и получения культуры ВИЧ.

- При сборе анамнеза первостепенное внимание уделяется эпидемиологическим факторам риска. Учёт эпидемиологических особенностей СПИДа позволяет выявить источник и пути передачи инфекции. Принадлежность к группам риска или контакт с ними, переливание крови, другие парентеральные манипуляции во время пребывания в эндемичных по ВИЧ странах, половые контакты с гражданами этих стран указывают на вероятность инфицирования.

- Следующие клинические признаки, по мнению экспертов ВОЗ, могут свидетельствовать в пользу СПИДа:

- ◊ гистологически подтвержденная саркома Капоши у лиц молодого возраста (30-35 лет и моложе);
- ◊ лимфома головного мозга;
- ◊ ангиобластическая лимфаденопатия;
- ◊ пневмония (вызванная *Pneumocystis carinii* или неясной этиологии), устойчивая к стандартной терапии;
- ◊ длительная необъяснимая лихорадка;
- ◊ генерализованная лимфаденопатия неясного генеза;
- ◊ продолжительная диарея (более 1-2 месяцев);
- ◊ снижение массы тела больного в течение месяца на 10% и более;
- ◊ длительно не исчезающие поражения кожных покровов и слизистых оболочек;
- ◊ бронхиальный и лёгочный кандидоз;
- ◊ эндогенные и экзогенные реинфекции и суперинфекции.

• У больных СПИДом исследуется иммунологический статус и чаще всего наблюдается:

- ◊ снижение общего числа лимфоцитов и Т-хелперов;
- ◊ снижение коэффициента Т-хелперы/Т-супрессоры ($< 1,0$);
- ◊ анемия, или лейкопения, или тромбоцитопения;
- ◊ уменьшение числа естественных киллеров;
- ◊ повышение уровней иммуноглобулинов сыворотки крови и циркулирующих иммунных комплексов;
- ◊ снижение бласттрансформации при стимуляции митогенами и уменьшение выработки эндогенного интерферона.

• Существует несколько методов лабораторной диагностики СПИДа:

- выделение вируса;
- выявление антител к ВИЧ;
- обнаружение антигенов ВИЧ.

■ Для выделения ВИЧ могут быть использованы первичные культуры мононуклеарных лимфоцитов и перевиваемые линии Т₄- и В-лимфоцитов. Выделение вируса производится из крови, лимфы, пунктата лимфатических узлов, семенной жидкости, молока кормящей матери, слюны, мокроты, мочи, цервикального отделяемого, кала. Чувствительность метода относительно невысока и он трудновыполним, поэтому метод изоляции ВИЧ применяется пока в научно-исследовательских целях. Значительные преимущества имеет метод ДНК-зондов, основанный на получении клонированных участков вирусного генома, меченых радиоактивными маркерами или ферментными зондами. Он позволяет проводить молекулярно-биологическое выявление маркеров ВИЧ без дополнительного культивирования.

■ Для выявления антител к ВИЧ применяется несколько методов:

- ◆ *иммуноферментный анализ*
- ◆ *иммуноблотинг*
- ◆ *иммунофлюоресценция*
- ◆ *радиоиммунопреципитация*
- ◆ *агглюцинация*

◆ Самым простым, доступным и широко применяемым в практике является *иммуноферментный анализ* (ИФА) на выявление антител к вирусу СПИДа в крови больных. По сравнению с выделением вируса метод ИФА обладает значительно более высокой чувствительностью, однако менее

специфичен из-за возможности получения ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

◆ *Иммуноблотинг* - тестирование на наличие антител к отдельным вирусным антигенам. Иммуноблотинг позволяет выявить в сыворотке крови инфицированных оболочечные и регуляторные белки ВИЧ. Однако и данный метод даёт ложноположительные реакции с частотой 1:4, особенно с белками P18, P24 при исследовании крови больных тропической малярией.

◆ *Метод иммунофлюоресценции* относительно прост, в качестве антигенов в этой реакции используются различные клеточные линии инфицированных ВИЧ.

◆ *Радиоиммунопреципитация* - один из наиболее специфичных и чувствительных методов диагностики СПИДа, однако для него требуются дорогостоящие радиоактивные материалы и оборудование. Кроме того, для постановки реакции необходимо культивировать инфицированные вирусом клетки.

◆ *Метод агглюцинации* является одним из наиболее простых, чувствительных и специфичных для определения антител к ВИЧ.

■ **Обнаружение антигенов ВИЧ** в исследуемом материале основано, главным образом, на тех же принципах, что и выявление антител. Однако существующие методы не позволяют регулярно обнаруживать антигены в материалах, полученных от больных, в связи с низким их содержанием.

В ряде лабораторий некоторых стран начато изучение диагностической ценности новой реакции - *энзимной амплификации генов*. Эта реакция важна для уточнения диагностики врождённого СПИДа, так как она позволяет выявлять клетки, поражённые вирусом, а не антитела.

3.5. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СПИДОМ

В настоящее время интенсивно разрабатывается проблема специфического лечения СПИДа. Весь комплекс используемых лечебных мероприятий не обеспечивает выздоровления, удаётся только облегчить состояние больных, ослабить выраженность клинических проявлений, продлить жизнь.

- У больных СПИДом исследуется иммунологический статус и чаще всего наблюдается:

- ◊ снижение общего числа лимфоцитов и Т-хелперов;
- ◊ снижение коэффициента Т-хелперы/Т-супрессоры ($< 1,0$);
- ◊ анемия, или лейкопения, или тромбоцитопения;
- ◊ уменьшение числа естественных киллеров;
- ◊ повышение уровней иммуноглобулинов сыворотки крови и циркулирующих иммунных комплексов;
- ◊ снижение бласттрансформации при стимуляции митогенами и уменьшение выработки эндогенного интерферона.

- Существует несколько методов лабораторной диагностики СПИДа:

- выделение вируса;
- выявление антител к ВИЧ;
- обнаружение антигенов ВИЧ.

■ Для выделении ВИЧ могут быть использованы первичные культуры мононуклеарных лимфоцитов и перевиваемые линии Т₄- и В-лимфоцитов. Выделение вируса производится из крови, лимфы, пунктата лимфатических узлов, семенной жидкости, молока кормящей матери, слюны, мокроты, мочи, цервикального отделяемого, кала. Чувствительность метода относительно невысока и он трудновыполним, поэтому метод изоляции ВИЧ применяется пока в научно-исследовательских целях. Значительные преимущества имеет метод ДНК-зондов, основанный на получении клонированных участков вирусного генома, меченых радиоактивными маркерами или ферментными зондами. Он позволяет проводить молекулярно-биологическое выявление маркеров ВИЧ без дополнительного культивирования.

■ Для выявления антител к ВИЧ применяется несколько методов:

- ◆ иммуноферментный анализ
- ◆ иммуноблотинг
- ◆ иммунофлюоресценция
- ◆ радиоиммунопреципитация
- ◆ агглюцинация

◆ Самым простым, доступным и широко применяемым в практике является иммуноферментный анализ (ИФА) на выявление антител к вирусу СПИДа в крови больных. По сравнению с выделением вируса метод ИФА обладает значительно более высокой чувствительностью, однако менее

таты терапии в настоящее время весьма незначительны и не могут привести к полному выздоровлению. Проблема эффективного лечения СПИДа требует своего дальнейшего изучения и обоснования.

3.6. ПРОФИЛАКТИКА СПИДА

В настоящее время изучаются и обсуждаются различные направления в комплексе мер по профилактике СПИДа. Главный упор делается на профилактику заболевания, связанную с пропагандой средств предупреждения заражения ВИЧ; изменением образа жизни людей; сведением к минимуму факторов риска среди лиц, относящихся к группам повышенной опасности инфицирования; изучением социальных условий, способствующих распространению заболевания. Существуют юридические и медицинские аспекты снижения роста заболеваемости и распространения ВИЧ-инфекции.

Система профилактики СПИДа включает следующие основные направления деятельности медицинских служб:

- ◇ раннее, полное и активное выявление больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных лиц;
- ◇ информирование и санитарное просвещение населения;
- ◇ организация серологических и вирусологических обследований определённых групп населения и в первую очередь групп риска;
- ◇ предупреждение инфицирования ВИЧ при переливании крови и её препаратов;
- ◇ предупреждение передачи ВИЧ от больной матери к ребёнку;
- ◇ профилактические мероприятия среди лиц, инфицированных ВИЧ;
- ◇ предупреждение инфицирования ВИЧ медицинского персонала;
- ◇ разработка средств специфической профилактики СПИДа и методик первичной профилактики.

Следует отметить, что несмотря на длительный контакт с больными СПИДом, доказанных случаев инфицирования медицинских работников при выполнении служебных обязанностей нет. Это подтверждается многочисленными целенаправленными исследованиями среди медицинского персонала больниц, обслуживающих больных СПИДом. С целью предупреждения профессионального инфицирования среди медицинских работников должны проводиться те же профилактические мероприятия, что и при вирусном гепатите.

Современные лекарственные средства и мероприятия, применяемые при СПИДе, можно подразделить на:

- **этиотропные,**
- **патогенетические,**
- **симптоматические.**

■ Этиотропные средства воздействуют на вирус иммунодефицита, подавляя его репродукцию. Наиболее часто применяются активные ингибиторы транскриптазы - азидотимидин (зидовудин), сумарин, НРА-23, фоскариет, ретровир. Используются также ингибиторы вирусной ДНК-полимеразы: рибавирин (виразол), ансамицин (ацикловир, видарибин). Из этиотропных средств наиболее перспективным является создание вакцин и лекарственных препаратов, воздействующих на жизненный цикл вируса. Сложность создания вакцины против СПИДа определяется существованием нескольких типов возбудителя ВИЧ, а также высокой мутабельностью вируса. С помощью генной инженерии в США уже создана вакцина против ВИЧ. В настоящее время препарат испытывается на больных СПИДом. По мнению специалистов, даже при успешном результате испытаний потребуется 3-5 лет, чтобы вакцина стала общедоступной.

■ Патогенетическая терапия включает использование иммуномодулирующих или иммунозаместительных препаратов. К иммуномодулирующей терапии обращаются с целью коррекции развивающегося при СПИДе иммунодефицита. Применяют естественные регуляторы иммунных реакций (гормоны тимуса, интерлейкин, интерферон), синтетические препараты (имутиол, изопринозин, левамизол, бенамбакс-300). В качестве иммунозаместительной терапии предлагаются пересадка костного мозга, зрелые тимциты, фрагменты тимуса. Используют также гипертермию и гипертермическую обработку лимфоцитов крови больного.

■ Симптоматическая терапия направлена на устранение оппортунистических инфекций, неопластических процессов и определяется ведущими синдромами в клинике заболевания.

Следует отметить, что проблема лечения СПИДа интенсивно разрабатывается с различных позиций. Данные о свойствах ВИЧ, его действии на клетки и организм в целом позволяют определить наиболее перспективные подходы к этиотропной терапии. Трудности в экспериментальном поиске антивирусных средств связаны с интеграционным механизмом взаимодействия ВИЧ с клеткой, а также с повышенной генетической изменчивостью возбудителя. Методы иммунокорректирующей и иммунозаместительной терапии могут значительно облегчить течение заболевания и продлить жизнь больного. Однако, несмотря на достаточно большое количество применяемых препаратов и способов лечения больных СПИДом, резуль-

В Республике Беларусь по этому вопросу руководствуются рекомендациями группы экспертов ВОЗ по СПИДу [1984].

Клинический и лабораторный персонал, обслуживающий больных СПИДом, должен:

- ◇ работать в специальных халатах, спецодежде, которая снимается при выходе из помещения или лаборатории;
- после окончания работы, снятия перчаток и спецодежды необходимо тщательно вымыть руки и другие открытые участки тела, а случайно заражённые кровью поверхности тела предварительно обработать одним из дезинфицирующих растворов;
- ◇ работа с кровью и биологическими жидкостями больных СПИДом без перчаток запрещается;
- ◇ предметы и пробирки, загрязнённые кровью больных СПИДом, помещают в специальные герметические пакеты или мешки с предупредительной надписью и обрабатывают также, как материал, инфицированный вирусом гепатита В;
- ◇ в лабораториях необходимо пользоваться одноразовыми посудой и наконечниками автоматических пипеток;
- ◇ избегать случайного ранения острыми инструментами, загрязнёнными потенциально инфицированным материалом, а также контактов повреждённой кожи с материалом от больных;
- ◇ в случае загрязнения персонала и объектов окружающей среды (стен, пола) выделениями больных необходимо провести обработку дезинфицирующими растворами;
- ◇ лица, имеющие повреждения кожных покровов и слизистых, к работе с больными СПИДом не допускаются.

Рекомендации ВОЗ для лиц, осуществляющих вскрытия

- ◇ После смерти инфицированного лица необходимо прикрепить к его телу бирку с предостерегающей надписью.
- ◇ Процедуры, выполняемые перед вскрытием, во время и после него, должны проводиться с предосторожностями, предусмотренными в случае инфицирования вирусом гепатита В.
- ◇ Персонал должен быть проинформирован о мерах предосторожности, исключающих попадание на кожу и слизистые оболочки биологических жидкостей трупа.

3.7. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СПИДА

СПИД поставил перед человечеством как научные проблемы, обусловленные биологическими свойствами вируса, так и социальные, и юридические вопросы, связанные с состоянием нравов и условиями жизни людей. Неправильное, преувеличенное представление о заразности СПИДа порождает ряд инцидентов. Например, в США некоторые студенты и учащиеся бойкотируют занятия, требуя удаления из учебных заведений всех инфицированных ВИЧ. Были случаи отказа медперсонала от обслуживания заболевших. Некоторые зарубежные страховые компании не дают страховых полисов не только больным, но и вирусоносителям. Актрисы Голливуда категорически отказываются участвовать в сценах с поцелуями, пока партнёрам не проверят кровь на ВИЧ и не предоставят удовлетворительные результаты. Религиозные деятели объявили СПИД божьим наказанием за содомский грех и прочий разврат.

Во многих странах разработаны юридические аспекты снижения заболеваемости и распространения ВИЧ-инфекции. С учётом эпидемиологических последствий важную роль приобретает этическая сторона проблемы: особенности поведения определённых социальных групп людей. Поскольку большинство сексуально распушенных людей крайне неохотно изменяют свой образ жизни, то законодательством РФ предусмотрена уголовная ответственность за заведомое заражение инфекцией ВИЧ. Специальным Законом установлен порядок освидетельствования людей и профилактического наблюдения, предусмотрены меры социальной защиты больных. К примеру, нельзя уволить человека или отказать ему в приёме на работу только потому, что он заражён вирусом СПИДа. Если заражение произошло в медицинском учреждении, устанавливается пенсионное обеспечение. Предоставляется бесплатный проезд к месту лечения и обратно, бесплатный отпуск лекарств, возможность родителям находиться в стационаре с детьми до 14 лет с выплатой пособия по временной нетрудоспособности. Важной общегосударственной мерой профилактики СПИДа является организация лабораторной проверки всей заготавливаемой крови на антитела ВИЧ. Организовано регулярное обследование на СПИД лиц из групп риска (гомосексуалисты, проститутки, венерические больные, наркоманы). Любой сомневающийся человек может добровольно провериться на ВИЧ-инфекцию в кабинетах обследования на СПИД, которые работают при кожнодиспансерах и поликлиниках во всех областных городах и столице нашей страны.

При возбуждении уголовного дела при подозрении на заражение СПИДом назначается **судебно-медицинская экспертиза**, которая производится комиссией экспертов с обязательным участием врача-инфекциониста и при необходимости бактериолога. Изъятие, упаковка и пересылка материала, подлежащего вирусологическому исследованию на СПИД, производится в строгом соответствии со специальной инструкцией МЗ Республики Беларусь.

При проведении судебно-медицинской экспертизы по поводу инфицирования ВИЧ или заболевания СПИДом врачу-эксперту необходимо руководствоваться следующими основными положениями:

■ **Анамнез:** сведения о принадлежности к группам риска, половой связи с лицами из этих групп, о беспорядочной половой жизни, особенно с большим числом партнёров. Необходимо также учитывать длительное пребывание обследуемого за рубежом, особенно в эндемичных по ВИЧ-инфекции регионах; половую близость с жителями этих регионов; переливание крови и лечение в прошлом с использованием одноразовых шприцев и систем для внутривенного введения лекарственных средств.

■ **Анализ клинической симптоматики.** Многоликие, обильные и разнообразные клинические проявления ВИЧ-инфекции имеют общие особенности - упорное течение, нарастающую тяжесть, сочетание различных патологических состояний, устойчивость к проводимой терапии. Особенно должны настораживать длительная лимфаденопатия, продолжительная лихорадка неясного генеза, нарастающее похудание, упорная диарея, тяжёлые пневмонии, прогрессирующие поражения ЦНС, саркома Капоши в молодом возрасте.

■ **Лабораторные тесты.** Диагноз инфекции ВИЧ всегда должен иметь лабораторное подтверждение. С этой целью используют индикацию вируса иммунодефицита и его компонентов в материале от больных, выявление противовирусных антител и определение специфических изменений в иммунной системе. Наиболее распространены следующие методы выявления противовирусных антител - иммуноферментный анализ, иммуноблоттинг и иммунопреципитация. С целью исключения ложноположительных результатов при иммуноферментном анализе, прибегают к последующей верификации сывороток с помощью иммуноблоттинга или иммунопреципитации. Иммунологическим методам принадлежит определенное, но не решающее значение в диагностике СПИДа, так как ВИЧ-инфекция с преимущественным поражением нервной системы может протекать и без иммунных нарушений.

4.1. ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У МУЖЧИН-ГОМОСЕКСУАЛИСТОВ

Рост заболеваний, передающихся половым путём, характеризуется некоторыми эпидемиологическими особенностями. Одной из таких особенностей, по данным ВОЗ, является широкое их распространение гомосексуальным путём. Гомосексуализм (гомозеротизм, гомофилия, сексуальная инверсия, эквисексуализм) является сексуальным отклонением, характеризующимся сексуальным влечением к лицам своего пола. Гомосексуалисты являются одной из основных групп, распространяющих венерические заболевания. В ряде случаев они составляют 50% и более больных. По данным многочисленных отечественных и зарубежных исследователей, количество больных сифилисом, заразившихся гомосексуальным путем, колеблется от 30 до 80%. Причины этого явления представляются достаточно сложными. К ним относятся, например, стремление гомосексуалистов жить в больших городах, где легче остаться незамеченными (в ряде стран гомосексуализм запрещён законом); нежелание лечиться (чтобы избежать позора); тенденция к узкоспецифическим контактам, при которых болезни быстро распространяются, а сами гомосексуалисты легко сохраняют инкогнито, частично потому, что многие из них специально стремятся к половым сношениям с незнакомыми людьми. К числу других причинных факторов высокой заболеваемости относятся беспорядочная половая жизнь и случайные связи, широкое распространение групповых половых актов, переезды гомосексуалистов, их концентрация в увеселительных заведениях крупных городов.

В связи с широким распространением заболеваний, передающихся половым путём среди гомосексуалистов, эта проблема привлекает внимание не только венерологов, урологов, инфекционистов, но и требует сотрудничества и координации работы организаторов здравоохранения, эпидемиологов, психиатров, судебных медиков, работников правоохранительных органов.

При обследовании мужчин-гомосексуалистов на наличие заболеваний, передающихся половым путём, выделяют три группы пациентов:

- пассивные - лица, выполняющие в половом акте только роль женщины;
- пассивно-активные - лица, меняющиеся в половом акте ролями;
- бисексуалисты - лица, которые ведут половую жизнь как с мужчинами, так и с женщинами.

Для выявления гомосексуальных субъектов среди венерических больных следует основываться на безусловных и вероятных признаках [К.К.Борисенко и соавт., 1991].

Безусловные признаки гомосексуализма:

- ◆ признание в гомосексуальных связях (самостоятельное или признание половым партнёром);
- ◆ наличие твёрдого шанкра в области ануса (слизистой полости, на губах).

Вероятные признаки гомосексуализма:

- Характерные данные анамнеза:
 - ◇ отрицание больными половых связей с женщинами, в том числе с жёнами, в течение длительного времени;
 - ◇ указание на половые связи с вымышленными женщинами (указание имён без фамилий, адресов);
 - ◇ отрицательные анализы клинико-серологического обследования жены, “половых партнёров”;
 - ◇ на вопрос врача об объекте заражения обычно следует стереотипный ответ: “Конечно, от женщины, не от мужчины же”.
- Эксибиционистские наклонности (обнажение с явным удовольствием и демонстрация половых органов).
- Маскировка гомосексуальных наклонностей путём ухаживания за медперсоналом женского пола (врачи, медсёстры, санитарки).
- Признаки феминизации в поведении и внешнем виде:
 - ◇ женоподобное поведение (кокетливость, жеманство);
 - ◇ округлость и плавность движений, жестов;
 - ◇ разговор нежным, высоким, певучим голосом;
 - ◇ ношение различных украшений, колец, браслетов, цепочек;
 - ◇ одежда ярких, бросающихся в глаза расцветок;
 - ◇ присвоение женских имён и кличек;
 - ◇ характерная походка (семенящая, выходящая);
 - ◇ окраска волос, ресниц, бровей;
 - ◇ наличие длинных, искусственно завитых волос;
 - ◇ стросние плечевого пояса по женскому типу (узкие, покатые плечи);

- ◇ широкий таз (по женскому типу) с жировыми отложениями в пахово-бедренных областях;
- ◇ инфантилизм.
- Функциональные и анатомические изменения в перианальной области:
 - ◇ воронкообразная втянутость ануса;
 - ◇ зияние заднепроходного отверстия при раздвигании ягодич;
 - ◇ сглаженность складчатости в области ануса;
 - ◇ расслабление сфинктера прямой кишки.

При определении принадлежности больного к гомосексуалистам необходимо принимать во внимание наличие не отдельного признака, а сочетание нескольких указанных признаков в совокупности. Знание вышеперечисленных безусловных и вероятных признаков, функциональных и анатомических изменений в перианальной области в сочетании с результатами доверительных бесед с пациентами дают возможность получения признания гомосексуалистов в половых связях с мужчинами, а в ряде случаев выявить половые контакты и источники заражения с целью дальнейшего обследования и лечения.

Значительная распространённость заболеваний, передающихся половым путём среди гомосексуалистов, создаёт эпидемиологическую опасность. Это связано с поздним обращением гомосексуалистов к врачам, широко практикуемым среди них самолечением, подпольным лечением, приводящим к атипичному, малосимптомному течению заболеваний, передающихся половым путём, ошибкам в их диагностике.

Эпидемиологическая опасность мужчин-гомосексуалистов усугубляется частой сменой партнёров, половыми связями со случайными, малознакомыми мужчинами и подростками, сменой партнёрства в акте мужеложства, групповыми половыми актами. Среди гомосексуалистов широко распространены орогенитальные, аногенитальные, ороанальные половые акты, анально-пальцевые акты. Встречаются акты с введением в анус различных искусственных стимуляторов, что влечёт за собой травмы аноректальной области и облегчает инфицирование прямой кишки патогенными агентами, в том числе и ВИЧ-инфекцией. Гомосексуалисты часто имеют бисексуальные половые связи, что значительно увеличивает риск распространения заболеваний, передающихся половым путём. Стремление скрыть факт заражения гомосексуальным путём связано с негативным отношением к ним окружающих, а главное, с опасением быть привлечённым к уголовной ответственности за мужеложство (хотя в Уголовном Кодексе Республики Беларусь уже отменено наказание за добровольное мужеложство). Это создаёт значительные трудности в выявлении источников заболевания и привлечении к обследованию половых партнёров, количество которых может

быть от 50 до 100 и более человек в год. В результате этого без лечения остаются больные, продолжающие половую жизнь и являющиеся источником заражения многих других лиц.

4.2. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН-ГОМОСЕКСУАЛИСТОВ

Весьма важным для врача является знание особенностей клинического течения заболеваний, передающихся половым путём у гомосексуалистов, в частности сифилиса. Диагностика сифилиса у них сопряжена со значительными трудностями. Это объясняется, прежде всего, необычной локализацией твёрдого шанкра и его характеристикой.

Клиническими особенностями первичного и вторичного свежего сифилиса у гомосексуалистов является локализация твёрдого шанкра в анальной области, на слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ, языке, миндалинах. Твёрдые шанкры на слизистой полости рта, крайней кайме губ, языке обычно сопровождаются регионарным склераденимом.

У пассивных гомосексуалистов, больных вторичным свежим сифилисом, могут отсутствовать твёрдые шанкры на половых органах. В этих случаях необходимо провести тщательный осмотр полости рта и анальной области, чтобы не пропустить экстрагенитальную первичную сифилему.

Твёрдые шанкры в области ануса обычно располагаются в складках и в области анального канала не более чем на расстоянии 1,5-2 см от наружного отверстия ануса. За пределами внутреннего сфинктера на слизистой прямой кишки шанкры обычно не обнаруживаются. Располагаясь в глубине радиарных складок ануса, шанкр при невнимательном осмотре может остаться незамеченным. Поэтому при обследовании пациента следует тщательно расправлять складки ануса. Отсутствие шанкров на слизистой прямой кишки и характерное расположение их в области складок у входа в анальный канал возможно объясняется тем, что при половом акте наиболее тесный контакт происходит именно в этих местах, так как половой член встречает здесь наибольшее сопротивление. Анальные шанкры чаще бывают одиночными, имеют щелевидную или овальную форму, характеризуются болезненностью различной интенсивности и не всегда сопровождаются паховым склераденимом.

Характерным для анальных шанкров является болезненность в области заднего прохода вне зависимости от акта дефекации. Почти все больные также отмечают болезненность во время дефекации, что имеет практическое значение. Многие гомосексуалисты с шанкрами в анальной области, предполагая у себя геморрой, не придают значение болезненности, приме-

няя свечи, и не обращаются к врачам до появления сыпи. Часто такие больные лечатся у проктологов, хирургов, которые не подозревают о возможности развития шанкра в анальной области, ставят ошибочные диагнозы геморроя, трещин и нередко назначают антибиотикотерапию. Недооценка расположения твёрдого шанкра в анальной области, влекущая за собой ошибки в диагностике, поздняя обращаемость больных являются причиной запоздалой госпитализации подавляющего большинства гомосексуалистов с запущенными, наиболее заразными формами сифилиса.

Кроме сифилиса, другим заболеванием, которое часто встречается у мужчин-гомосексуалистов, является гонорейный проктит. Как правило, протекает он скрыто, асимптомно. Поражаются только дистальный отдел прямой кишки и область наружного сфинктера, где гонококки находят благоприятные условия существования. В ряде случаев в области заднего прохода отмечается гиперемия, отёчность складок наружного сфинктера, между ними могут отмечаться трещины с гнойным налётом и остроконечные кондиломы. Больные жалуются на зуд в заднем проходе, болезненность во время дефекации и вне её, слизисто-гнойные выделения из заднего прохода. При наличии трещин и эрозий в области наружного сфинктера можно наблюдать примесь крови в кале. При отсутствии лечения заболевание нередко протекает длительно. При поверхностном осмотре только области заднего прохода диагностика гонорейного проктита невозможна. Только при обследовании с помощью ректальных зеркал и ректоскопа можно выявить гиперемию, отёк и слизисто-гнойное отделяемое, в котором обнаруживаются гонококки, а иногда и эрозии на слизистой прямой кишки. При сочетании гонококков и вируса кондилом нередко разрастаются остроконечные кондиломы, а при более длительном процессе образуются полипы. Может развиться параректальный абсцесс.

Среди других первичных очагов гонорейной инфекции вне мочеполовых органов особое место занимает слизистая ротоглотки (у пассивных, пассивно-активных, реже у бисексуалистов). Гонорея ротоглотки диагностируется редко и с большими трудностями, так как клинически протекает подобно катаральному воспалению банальной этиологии. Может поражаться слизистая оболочка губ, дёсен, нижней поверхности языка и дна полости рта (гонорейный стоматит). При этом инкубационный период довольно короткий. Первые признаки заболевания обычно появляются через 2-3 дня после контакта. Больные жалуются на жжение губ, сухость во рту, усиленную саливацию, иногда на неприятный запах изо рта, умеренную боль в горле. Слизистая полости рта может быть отёчной, гиперемированной, иногда покрыта серовато-белым налётом. При снятии налёта обнажается эрозивная поверхность. Решающими в диагностике являются результаты лабораторного обследования. Течение орофарингеальной гонореи обычно вялое, без лечения - длительное. Не подвергшиеся санации асимптомные очаги (прямая

кишка, слизистая полости рта) могут быть причиной диссеминированной инфекции.

4.3. ОБСЛЕДОВАНИЕ ГОМОСЕКСУАЛИСТОВ, БОЛЬНЫХ ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Учитывая широкое распространение заболеваний, передающихся половым путем среди гомосексуалистов, необходимо:

- Выяснить жалобы больного на момент обследования до поступления в стационар, уделяя особое внимание выделениям из уретры и заднего прохода, характеру стула (слизь, кровь в кале), болям в животе, болям при акте дефекации, болям при мочеиспускании, жжению, зуду, высыпаниям в области ануса, на слизистой полости рта, предшествующему лечению у хирурга, проктолога, стоматолога, самостоятельному лечению.
- Собрать половой анамнез, выяснить половые контакты за определённый отрезок времени в зависимости от заболевания. Для откровенного разговора врача и больного присутствие других медицинских работников, тем более больных, нежелательно.
- При осмотре больного обратить внимание на состояние слизистой полости рта, кожных покровов, лимфатических узлов. Тщательно расправляя складки, осмотреть область ануса, обращая внимание на наличие трещин, эрозий, мацерации. При необходимости проводится осмотр с помощью ректального зеркала или ректоскопа, фиксируется зияние ануса, воронкообразное его западение, утолщение анальных складок. Наличие остроконечных кондилом, герпетических высыпаний в области ануса подтверждает гомосексуальные связи больного.
- Провести исследование на наличие бледных трепонем в тканевой жидкости элементов высыпаний (эрозий, папул, язв).
- Взять кровь для постановки РВ, РИТ, РИФ, на ВИЧ-инфекцию, гепатит В, для общего анализа крови.
- Собрать материал для бактериоскопического и бактериологического исследования на гонококки, трихомонады и дрожжи из уретры и ректум. Забор патологического материала со слизистой уретры осуществляется ложкой Фолькмана (при отсутствии выделений - предварительный массаж уретры) при введении её на глубину 3-5 см. Забор отделяемого из прямой кишки осуществляется в коленно-локтевом положении больного, круговыми и радиарными движениями берут максимальное количество материала из складок слизистой оболочки анального канала на глубине 1,5-2 см или с помощью ректоскопа (марка РВ-1, модель 323). Однако более достоверной

диагностикой является исследование гнойных комочков из промывной жидкости. Этот способ применим в поликлинике: в прямую кишку вводят катетер с двойным током или стеклянный наконечник на глубину 3-4 см и медленно впускают из кружки Эсмарха (или резиновой грушей) 50-80 мл тёплой воды. Затем жидкость, содержащую продукты воспаления, гной и слизь, собирают в прокипячённый стакан. Из промывной жидкости вылавливают комочки гноя и слизи и делают из них мазки и посев.

- Осуществить взятие патологического материала на гонококки, хламидии и уреаплазмы из глотки одноразовыми специальными зондами (абразивный тампон на наконечнике) путём поскобливания обеих миндалин, задней стенки глотки. Для диагностики гонореи миндалин может быть использована также аспирационная методика при помощи стеклянной ложечки с присоединённым насосом.

4.4. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ВОПРОСЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ МУЖЧИН-ГОМОСЕКСУАЛИСТОВ

Почти все цивилизованные страны в настоящее время отказались от уголовного преследования добровольного гомосексуализма. В странах, где гомосексуализм официально не преследуется и где сохраняется терпимое отношение к нему со стороны общества, часто наблюдаются устойчивые связи между гомосексуалистами. В странах, где гомосексуализм преследуется и испытывает на себе общественное неприятие, стремление скрыть свою гомосексуальную принадлежность приводит чаще к кратковременным многочисленным анонимным встречам. Значительное влияние на формирование общественного мнения и юридического законодательства оказали работы американских исследователей, которыми, в частности, впервые было научно доказано, что гомосексуализм - это не болезнь, не извращение, а иная сексуальная ориентация. В последних международных классификациях гомосексуализм исключён из списка болезней. В ряде стран Америки и Европы начались процессы легализации гомосексуализма. Юридическое отношение к легализации гомосексуализма в современном обществе в целом повторяет аналогичные общественные установки.

Гомосексуалисты боятся уголовной ответственности за мужеложство. Мужеложство (синоним - педерастия) является разновидностью мужского гомосексуализма, при котором половое сношение совершается через прямую кишку. Следует напомнить, что в Республике Беларусь отменено наказание за добровольное мужеложство. Об этом знают гомосексуалисты, но над ними давит гнёт негативного отношения к ним общества, а нередко и врачей. Поэтому необходимо терпеливо и настойчиво объяснять, что ос-

новой задачей медиков является предупреждение распространения заболеваний, передающихся половым путём.

При проведении *судебно-медицинской экспертизы* у гомосексуалистов по поводу заражения венерическими болезнями выясняют следующее:

- половая способность гомосексуалиста (половая слабость проявляется, в основном, по отношению к женщинам);
- занятие онанизмом (частота, длительность);
- время и обстоятельства начала занятия гомосексуализмом;
- нахождение на учёте у психиатра (запрос медицинских документов с целью уточнения диагноза заболевания и характера симптоматики);
- жалобы в связи с желудочно-кишечными заболеваниями, наличие осложнений или остаточных явлений этих заболеваний (хронические запоры или поносы, геморрой, проктит, парапроктит, выпадение прямой кишки, дизентерия, оперативные вмешательства в перианальной области по поводу незаживающих трещин, геморроя), так как последствия этих заболеваний могут быть ошибочно приняты за изменения, связанные с систематическим мужеложством в качестве пассивного партнёра.
- расспрашивают об имеющихся и перенесённых венерических заболеваниях. Запрашивают медицинские документы из кожно-венерологического диспансера, которые могут содержать сведения о половых сношениях через задний проход и о наличии в прошлом твёрдого шанкра в перианальной области.

Эксперт проводит детальное обследование области заднего прохода у предполагаемого гомосексуалиста:

- Осмотр проводится в коленно-локтевом положении пациента на кушетке. Устанавливают наличие кровоподтеков на ягодицах от давления пальцами. Отмечается состояние межъягодичной щели (глубокая, неглубокая). Слегка разводят ягодицы руками и осматривают область заднего прохода, указывая состояние лучеобразных складок (выраженные, невыраженные, сглаженные, мягкие, грубые), окраску и её степень.
- Отмечают высыпания в складках (эрозии или язвы) и в области анального канала, а также гиперемии, отёчность складок наружного сфинктера, наличие трещин, ссадин или ран. При наличии таких повреждений и высыпаний описывают их характер, форму и расположение.
- Описывают характер обнаруженных рубцов (линейные, неправильной формы, втянутые, невтянутые, плотные, неплотные), локализацию (их расположение отмечают по аналогии с циферблатом часов с указанием положения пациента - коленно-локтевое или на спине).

тельный палец (резиновую перчатку смазывают вазелином). Сфинктер, обладающий хорошим тонусом, плотно охватывает введенный палец (симптом кольца); расслабленный сфинктер охватывает палец слабо, допуская в ряде случаев движения пальца в вертикальной плоскости.

■ В области заднего прохода и промежности пассивного партнёра (или потерпевшего) могут находиться следы засохшей спермы и лобковые волосы активного партнера. Их следует изъять и направить для исследования в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории.

■ Единичные акты мужеложства не оставляют стойких изменений в области заднего прохода и прямой кишки (исключения составляют случаи со значительными повреждениями, после заживления которых остаются рубцы). Поверхностные повреждения слизистой и кожных покровов в области заднего прохода и слизистой прямой кишки обычно проходят бесследно.

■ Для пассивных партнёров, систематически совершающих акты мужеложства, характерны следующие изменения в области заднего прохода и прямой кишки: воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность лучеобразных складок в окружности заднепроходного отверстия и слизистой прямой кишки, расслабление сфинктеров и багрово-красная с синюшным оттенком окраска слизистой прямой кишки. Степень интенсивности и проявления этих признаков может быть различной, а некоторые из них могут вообще отсутствовать.

Дальнейший осмотр и специальное обследование гомосексуалистов на наличие венерических заболеваний проводят в кожно-венерологическом диспансере (как описано в главе 4.3.).

5. ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ БОРЬБЫ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Для повышения эффективности борьбы с венерическими болезнями большое значение имеют законодательные акты об ответственности за распространение венерических заболеваний (см. Приложение). В целях борьбы с венерическими заболеваниями и для улучшения правовой работы в штаты областных кожно-венерологических диспансеров введён юрисконсульт. Органы здравоохранения должны установить тесную связь с органами прокуратуры и милиции в совместной работе. Руководители кожно-венерологических учреждений при выявлении среди больных венерическими болезнями лиц, подлежащих уголовной ответственности, должны оформлять на них материалы и передавать в следственные органы. Вопросы о передаче материалов в следственные органы решает комиссия в составе врача-дер-

матовенеролога, заведующего отделением и главного врача кожно-венерологического (или другого лечебно-профилактического) учреждения. Решение комиссии должно быть зафиксировано в карте стационарного больного и подписано членами комиссии.

Для передачи в следственные органы материалы должны содержать следующие документы:

- предупреждение больному венерическим заболеванием по установленной форме;
- решение комиссии о привлечении к уголовной ответственности по ст.113 Уголовного Кодекса Республики Беларусь;
- выписка из истории болезни, заверенная главным врачом лечебно-профилактического учреждения и скрепленная печатью учреждения;
- сопроводительное письмо кожно-венерологического (или другого лечебно-профилактического) учреждения с изложением оснований, по которым данное лицо подлежит ответственности.

К материалам могут быть приложены и другие документы, подтверждающие наличие вины больного венерической болезнью (расписка больного о вызове в кожно-венерологический диспансер; уведомление о получении повестки и др.).

При ведении медицинской документации на больных венерическими заболеваниями особое внимание следует обращать на заполнение паспортной части амбулаторной карты и медицинской карты стационарного больного; подробный сбор сведений об источнике заражения, половых контактах; строго фиксировать в медицинских картах нарушения режима, допускаемые больными в процессе лечения венерического заболевания и диспансерного наблюдения (уклонение от очередной явки на приём; отказ от процедуры; явка на лечение в нетрезвом виде, в результате которого сорвались лечебные процедуры; пьянство в отделении; самовольный уход из отделения и с территории лечебного учреждения; другие нарушения режима); чётко документировать в амбулаторной карте случаи неявки больного по вызову лечебного учреждения или милиции.

Материалы по привлечению больного к уголовной ответственности за уклонение от лечения можно представлять в следственные органы только в том случае, если больной совершает эти действия после письменного предупреждения, которое достаточно сделать больному однократно. Уже в первый день поступления больного венерической болезнью в стационар лечащий врач должен ознакомить его с правилами поведения в стационаре, с характером лечения и режимом поведения во время лечения, и дать больному подписать "Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью". В поликлиническом отделении предупреждение об уголовной ответ-

- Отмечают состояние области заднего прохода (в виде небольшого углубления, широкой или втянутой воронки) и заднепроходного отверстия (не зияет, зияет незначительно, значительно).
- Для дальнейшего осмотра большими пальцами рук, расположенными параллельно по обеим сторонам заднепроходного отверстия на расстоянии 2-2,5 см, раздвигают ягодицы и растягивают анальное отверстие. В норме заднепроходное отверстие закрыто. При слабости сфинктеров, что может быть обусловлено половыми сношениями через прямую кишку, заднепроходное отверстие зияет в большей или меньшей степени.
- Осматривают видимую часть слизистой прямой кишки. Отмечается окраска слизистой прямой кишки (бледно-розовая, розоватая, красноватая, красная, багрово-красная, багрово-синюшная), так как для половых актов через задний проход характерно раздражение слизистой прямой кишки, причём степень его зависит от частоты совершения половых актов и ряда других причин вследствие мужеложства (гонорейный проктит).
- Осмотр слизистой прямой кишки начинают с переходной складки (границы слизистой и кожи анальной области) с целью выявления продольных трещин, ссадин, разрывов. Наиболее частыми повреждениями являются трещины, которые располагаются продольно между складками слизистой на передней или частично на боковых стенках прямой кишки. Ссадины, расположенные на вершинах складок слизистой, характерны для действия твёрдого предмета, конец которого образует грань. Такой предмет при введении в прямую кишку соскабливает складки слизистой. Половой член подобных повреждений на слизистой не образует. Иногда наблюдаются ссадины овальной формы, захватывающие всю слизистую. Это встречается преимущественно у детей, с которыми совершён акт мужеложства.
- На слизистой прямой кишки могут встречаться разрывы с завернутыми внутрь краями, имеющие вид прямых углов, одна из которых располагается поперечно по отношению к прямой кишке, а другая имеет продольное направление. Такие повреждения характерны для насильственного введения полового члена в прямую кишку без предварительного смазывания кремами или мазями, уменьшающими трение.
- Исследование слизистой прямой кишки с помощью ректоскопа может проводить судебно-медицинский эксперт, владеющий этой методикой. Для целей судебно-медицинской экспертизы ректоскопическое исследование производится на глубину не более 10 см.
- Отмечают высыпания в складках (эрозии или язвы) и в области анального канала, а также гиперемию, отёчность складок наружного сфинктера, наличие трещин, ссадин или ран. При наличии таких повреждений и высыпаний описывают их характер, форму и расположение.
- Для обследования наружного и внутреннего сфинктера прямой кишки пациенту в коленно-локтевом положении в прямую кишку вводят указа-

ственности берётся в день установления диагноза венерического заболевания.

Для передачи дела о привлечении больного к ответственности в следственные органы необходимо, чтобы больной достоверно знал, что он болен венерической болезнью, то есть ознакомление пациента с фактом наличия у него заразного заболевания должно быть задокументировано в истории болезни. К уголовной ответственности не может быть привлечён больной, который не знал о наличии у него венерической болезни, несмотря на то, что он мог наблюдать у себя какие-либо её проявления.

В то же время необходимо подчеркнуть, что для привлечения к ответственности не имеет значения, знало ли лицо, вступающее в половую связь с больным, о его болезни. Более того, согласие потерпевшего не устраняет вину больного и его ответственность за заражение венерической болезнью. Под иными действиями, ставящими в опасность заражения венерической болезнью, следует понимать пользование больным, знавшим о наличии у него венерической болезни, и другими лицами (его контактами) общей посудой, одеждой, полотенцем, мочалкой.

При получении следственными органами материалов для возбуждения уголовного дела следователь должен сообщить о принятых по материалам следствия мерах направившему их лечебному учреждению.

Уклонение от лечения венерической болезни может выражаться как в отказе лица пройти курс лечения в лечебном учреждении, так и в иных действиях, свидетельствующих о наличии умысла, направленного на уклонение от лечения, и не позволяющих лечебному учреждению провести курс лечения (например, неявка без уважительных причин на лечение, несмотря на вызов лечебного учреждения; невозможность выполнения лечебных процедур в связи с употреблением больным алкоголя или наркотиков; нарушение больничного режима, сорвавшее проведение лечебных процедур; неявка без уважительных причин в установленный врачом срок для контрольного наблюдения, несмотря на вызов лечебного учреждения).

Как уклонение от лечения следует рассматривать и случаи самолечения, если больной был предупреждён органами здравоохранения о необходимости прохождения курса лечения в лечебном учреждении.

При рассмотрении дел о преступлении суду необходимо установить наличие доказательств, подтверждающих, что подсудимый знал о своей болезни (например, предостережение лечебного учреждения; иные данные, свидетельствующие об осведомлённости подсудимого о заболевании и его заразности).

Уголовная ответственность лица, больного венерической болезнью, может иметь место не только в период болезни и её лечения, но и в период контрольного наблюдения за больным до снятия его с учета.

Порядок оформления материалов по ст.45 Кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях (КоАП РБ):

- Больные венерическим заболеванием предупреждаются письменно об административной ответственности по ст. 45 КоАП РБ в день установления диагноза.
- В амбулаторной карте и медицинской карте стационарного больного обязательно отмечается временной период половых контактов венерического больного.
- В случае выявления венерического больного, скрывшего источник заражения или полового контакта, на него оформляются материалы, которые направляют для рассмотрения в административные комиссии при гор(рай) советах.
- В амбулаторной карте указывается решение комиссии (состав комиссии: врач-дерматовенеролог, заведующий отделением, главный врач) о привлечении к административной ответственности больного по ст. 45 КоАП РБ.
- Затем на основании решения комиссии юристконсульт составляет протокол установленной формы и направляет его в административную комиссию с сопроводительным письмом.

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ*О здравоохранении*

Раздел V

**МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ,
ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ СОЦИАЛЬНУЮ ОПАСНОСТЬ*****Статья 27. Медицинское освидетельствование и лечение
граждан, имеющих социально опасные заболевания
или карантинные инфекции***

Граждане, желающие пройти медицинское освидетельствование для определения наличия или отсутствия социально опасных заболеваний (туберкулез, венерические заболевания, заболевания СПИДом, лепра) или заражения вирусом иммунодефицита человека, имеют право на анонимное медицинское освидетельствование.

Граждане, в отношении которых имеются достаточные основания считать, что они имеют указанные заболевания или являются носителями вируса иммунодефицита человека и уклоняются от медицинского освидетельствования, могут быть подвергнуты такому освидетельствованию принудительно, а граждане, имеющие венерические заболевания, и граждане, больные туберкулезом, выделяющие микобактерии, в случае уклонения от лечения могут быть подвергнуты и принудительному лечению.

Принудительное медицинское освидетельствование таких лиц проводится по решению учреждений здравоохранения с санкции прокурора, а принудительные госпитализация и лечение - по решению суда в порядке, устанавливаемом актами законодательства Республики Беларусь.

Иностранцы граждане и лица без гражданства в случае уклонения от освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека (заболевание СПИДом) или профилактического наблюдения могут быть выдворены из Республики Беларусь в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Статья 28. Ответственность за распространение венерических заболеваний или вируса иммунодефицита человека

Лица, в отношении которых получены данные о наличии венерических заболеваний или заражении вирусом иммунодефицита человека (заболевание СПИДом), предупреждаются органами и учреждениями здравоохранения в письменной форме о необходимости соблюдения мер предосторожности по нераспространению этих заболеваний и об уголовной ответственности в соответствии с действующим законодательством за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица, а лица, имеющие венерические заболевания, предупреждаются также об уголовной ответственности за уклонение от лечения.

Статья 29. Правовая и социальная защита лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека

Лица, являющиеся носителями вируса иммунодефицита человека и больные СПИДом, не могут быть на этом основании подвергнуты какой-либо дискриминации.

Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, в лечебные учреждения, в приеме детей в детские учреждения, а также ущемление иных прав и ограничение законных интересов таких лиц только на основании того, что они являются вирусоносителями или больными СПИДом, равно как и ущемление жилищных и иных прав и законных интересов родных и близких инфицированных.

Социальное обеспечение лиц, являющихся носителями вируса иммунодефицита человека и больными СПИДом, осуществляется в порядке, установленном актами законодательства Республики Беларусь.

Председатель Верховного Совета Республики Беларусь *С. ШУШКЕВИЧ*

*18 июня 1993 г., г. Минск.
№ 2435-XII.*

УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГЛАВА 8. ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЖИЗНИ, ЗДОРОВЬЯ, СВОБОДЫ И ДОСТОИНСТВА ЛИЧНОСТИ

Статья 113. Уклонение от лечения венерической болезни и заражение венерической болезнью

Уклонение от лечения венерической болезни, продолжаемое после предупреждения, сделанного органами здравоохранения, - *наказывается лишением свободы на срок до двух лет, или исправительными работами на тот же срок, или штрафом.*

Заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью, - *наказывается лишением свободы на срок до двух лет, или исправительными работами на тот же срок, или штрафом.*

Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, - *наказывается лишением свободы на срок до трех лет, или исправительными работами на срок от одного года до двух лет.*

Действия, предусмотренные частью третьей настоящей статьи, совершенные лицом, ранее судимым за заражение другого лица венерической болезнью, а равно заражение двух или более лиц, либо несовершеннолетнего, - *наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.* / В редакции Указов Президиума Верховного Совета БССР от 28 октября 1971 г., от 16 декабря 1982 г. и Законов Республики Беларусь от 23 апреля 1992 г. и от 1 марта 1994 г. - СЗ БССР, 1971, № 32, ст. 492; 1982, № 36, ст. 671; Ведомості Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1992, № 15, ст. 257; 1994, № 12, ст. 176 /.

Статья 113¹. Заражение заболеванием СПИД

Заведомое поставление другого лица в опасность заражения заболеванием СПИД - *наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.*

Заражение другого лица заболеванием СПИД лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, - *наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.* / Статья 113¹ введена Указом Президиума Верховного Совета БССР от 8 сентября 1987 г. - СЗ БССР, 1987, № 26, ст. 336 /.

Статья 116. Понуждение женщины к вступлению в половую связь

Понуждение женщины к вступлению в половую связь или к удовлетворению половой страсти в извращенной форме лицом, в отношении которого женщина являлась материально или по службе зависимой, - *наказывается лишением свободы на срок до трех лет.*

Статья 117. Половое сношение с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста

Половое сношение с лицом, заведомо для виновного не достигшим шестнадцатилетнего возраста, - *наказывается лишением свободы до трех лет.*

Те же действия, сопряженные с удовлетворением половой страсти в извращенных формах, - *наказываются лишением свободы на срок до шести лет.*

/ В редакции Закона Республики Беларусь от 1 марта 1994 г. - Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1994, № 12, ст. 176 /.

Статья 118. Развратные действия

Развратные действия в отношении лица, заведомо для виновного не достигшего шестнадцатилетнего возраста, - *наказываются лишением свободы на срок до трех лет.* / В редакции Закона Республики Беларусь от 1 марта 1994 г. - Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1994, № 12, ст. 176 /.

Статья 119. Мужеложство

Мужеложство, совершённое с применением физического насилия, угроз или в отношении несовершеннолетнего, либо с использованием зависимого положения потерпевшего, - *наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.* / В редакции Закона Республики Беларусь от 1 марта 1994 г. - Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1994, № 12, ст. 176 /.

Статья 126¹. Невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником, повлекшее заражение лица заболеванием СПИД

Невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником, повлекшее заражение лица заболеванием СПИД, - *наказывается лишением свободы на срок до двух лет или исправительными работами на тот же срок или штрафом с лишением права заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью на срок до трех лет или без лишения.*

Те же деяния, повлекшие заражение двух или более лиц, - *наказываются лишением свободы на срок до четырёх лет или исправительными работами на срок от одного года до двух лет или штрафом с лишением права заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью на срок до пяти лет.* / Статья 126¹ введена Законом БССР от 27 февраля 1991 г. - Ведомасці Вярхоўнага Савета Беларускай ССР, 1991, № 12, ст. 128; в редакции Законов Республики Беларусь от 23 апреля 1992 г. и от 1 марта 1994 г. - Ведомасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1992, № 15, ст. 257; 1994, № 12, ст. 176 /.

Статья 126². Разглашение сведений о наличии у лица вируса иммунодефицита человека или заболевания СПИД

Умышленное разглашение сведений о наличии у лица вируса иммунодефицита человека или заболевания СПИД медицинским, фармацевтическим или иным работником, которому эти сведения стали известны по службе или работе, - *наказывается исправительными работами на срок до одного года или штрафом.*

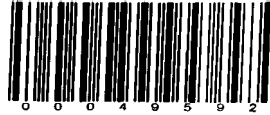
Те же действия, повлекшие тяжкие последствия, - *наказываются исправительными работами на срок до двух лет или штрафом с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет или без лишения.* / Статья 126² введена Законом БССР от 27 февраля 1991 г. - Ведомасці Вярхоўнага Савета Беларускай ССР, 1991, № 12, ст. 128; в редакции Законов Республики Беларусь от 23 апреля 1992 г. и от 1 марта 1994 г. - Ведомасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1992, № 15, ст. 257; 1994, № 12, ст. 176 /.

**КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ОБ АДМИНИСТРАТИВНЫХ
ПРАВОНАРУШЕНИЯХ*****Статья 45. Соккрытие источника заражения
венерической болезнью и контактов больных,
создающих опасность заражения***

Соккрытие больными венерическим заболеванием источника заражения, а также лиц, имевших с ними контакты, создающие опасность заражения венерической болезнью, - влечёт наложение штрафа в размере до пяти минимальных заработных плат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Венерические болезни / Руководство для врачей / Под ред. О.К. Шапошников. - 2-е изд. - М.: Медицина, 1991. - 544 с.
2. Жуков В.И. Венерические болезни. - 2-е изд. - Рига: Звайгзне, 1983. - 257 с.
3. Заболевания, передаваемые половым путём, у мужчин-гомосексуалистов (диагностика, тактика ведения, лечение): Методические рекомендации. - М., 1991. - 17 с.
4. Инструкции по лечению и профилактике сифилиса. - Минск, 1995. - 29 с.
5. Комитет экспертов ВОЗ по венерическим болезням и трепонематозам (шестой доклад). Серия технических докладов (736). - Женева, 1988. - 132 с.
6. Контактные инфекции, передающиеся половым путём / И.И. Мавров, М.Н. Бухарович, Б.Т. Глухенький и др.; под ред. И.И. Маврова. - К.: Здоров'я, 1989. - 384 с.
7. Мавров И.И. Половые болезни: Энциклопедический справочник. - К.: Укр.энцикл.; М.: "АСТ-Пресс", 1994. - 480 с.
8. Овчинников Н.М., Беднова В.Н., Делекторский В.В. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путём. - М.: Медицина, 1987. - 304 с.
9. Павлов С.Т., Шапошников О.К., Самцов В.И., Ильин И.И. Кожные и венерические болезни / Под ред. О.К. Шапошников. - М.: Медицина, 1985. - 368 с.
10. Панкратов В.Г., Яговдик Н.З., Качук М.В. СПИД: эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика. Дерматологические аспекты ВИЧ-инфекции: Учебное пособие. - Минск: МГМИ, 1992. - 32 с.
11. Сексология: Энциклопедический справочник по сексологии и смежным областям. - 3-е изд. - Мн.: БелЭн, 1995. - 351 с.
12. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. Кожные и венерические болезни. - М.: Медицина, 1995. - 464 с.
13. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Болезни, передающиеся при половых контактах. - Л.: Медицина, 1985. - 288 с.
14. Судебная медицина: Учебник / Под ред. В.Н. Крюкова. - 3-е изд. - М.: Медицина, 1990. - 448 с.



ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Общие сведения о венерических заболеваниях	3
1.1. Классификация сифилиса	3
1.2. Этиология сифилиса	6
1.3. Эпидемиология и общая патология сифилиса	7
1.4.1. Первичный период сифилиса	10
1.4.2. Вторичный период сифилиса	15
1.4.3. Третичный период сифилиса	27
1.4.4. Скрытый сифилис	34
1.4.5. Нейросифилис	36
1.4.6. Висцеросифилис	42
1.5. Врожденный сифилис	45
1.6. Ошибки в диагностике сифилиса	48
1.7. Лабораторная диагностика сифилиса	50
1.8. Лечение и профилактика сифилиса	56
1.9. Судебно-медицинская экспертиза по поводу заражения сифилисом	58
2.1. Гонорея	60
2.2. Течение гонорей у мужчин	61
2.3. Осложнения гонорей у мужчин	64
2.4. Гонорея у женщин	67
2.5. Лабораторная диагностика гонорей	70
2.6. Лечение гонорей	73
2.7. Критерии излеченности гонорей	75
2.8. Судебно-медицинская экспертиза по поводу заражения гонореей	77
3. Синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД)	79
3.1. Этиология	79
3.2. Патогенез	81
3.3. Клинические признаки	84
3.4. Диагностика ВИЧ-инфекции и СПИДа	90
3.5. Лечение больных СПИДом	92
3.6. Профилактика СПИДа	94
3.7. Судебно-медицинские аспекты СПИДа	96
4.1. Венерические заболевания у мужчин-гомосексуалистов	98
4.2. Клинические особенности венерических заболеваний у мужчин-гомосексуалистов	101
4.3. Обследование гомосексуалистов, больных венерическими заболеваниями	103
4.4. Судебно-медицинские вопросы обследования мужчин-гомосексуалистов	104
5. Законодательные меры борьбы с венерическими заболеваниями	107
Приложение	111
Литература	117
Оглавление	118

Подписано в печать 26.02.1996 г. Формат 1/16.
Заказ №10 Тираж 300 экз.

г. Витебск, пр. Фрунзе, 27. Ризограф Витебского
медицинского института