

УДК 616-091

Кожанова Т.Г.,

кандидат медицинских наук, доцент

кафедры патологической анатомии

Оренбургский государственный медицинский университет

Россия, г. Оренбург

Муханов Ж.Ж.,

студент 5 курса, лечебный факультет,

Оренбургский государственный медицинский университет

Россия, г. Оренбург

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СИФИЛИСА

Аннотация: В статье рассмотрены основные формы, которыми проявляется сифилис. Описаны механизмы проникновения возбудителя и его распространения по организму. Подробным образом описаны патоморфологические изменения при различных периодах: первичном, вторичном, третичном сифилисе. Так же описаны изменения в паренхиматозных органах и дано описание макро и микроскопии гуммы.

Ключевые слова: сифилис, периоды сифилиса, венерическое заболевание, гуммы.

Annotation: The article discusses the main forms of syphilis. The mechanisms of penetration of the pathogen and its spread throughout the body are described. Pathomorphological changes at different periods are described in detail: primary, secondary, tertiary syphilis. Changes in the parenchymal organs are also described and a description of the macro and microscopy of the gum is given.

Key words: syphilis, periods of syphilis, venereal disease, gums.

Сифилис - хроническое инфекционное венерическое заболевание, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы с последовательной сменой стадий (периодов) болезни.[3]

Возбудитель сифилиса - бледная трепонема (*Tr. pallidum*). Типичная *Tr. pallidum* - спиралевидный микроорганизм длиной 5-15 мкм, шириной 0,2 мкм. Цикл развития возбудителя составляет 30-33 ч. Она малоустойчива вне организма к внешним воздействиям: быстро погибает при высушивании, при температуре (при 55 °С - через 15 мин), в кислой и щелочной среде. Устойчива к низким температурам.

Бледная трепонема, помимо типичной спиралевидной формы, имеет и формы выживания - *цист*- и *L-формы*, которые длительно могут сохраняться в лимфатических узлах, спинномозговой жидкости и др., а затем реверсировать, обуславливая рецидив заболевания. Появлению подобных форм способствует нерациональная антибиотикотерапия, индивидуальные особенности организма и другие факторы.

Практическое значение существования этих форм:

- L-форма может проникнуть в организм при отсутствии повреждения кожи и слизистых оболочек, может проходить через фильтры, применяемые при обработке крови;
- цист-форма - причина удлинения инкубационного периода, возникновения скрытых форм сифилиса, устойчива к специфическим препаратам, используемым в лечении инфекции.

Основной путь передачи сифилиса - *половой*, на который приходится 90-95% случаев. Существуют *бытовой*, *трансфузионный* и *трансплацентарный* пути.

Единственный источник заражения - больной сифилисом человек. Наиболее заразны больные во вторичном периоде сифилиса.

Развитию морфологических и клинических проявлений приобретенного сифилиса предшествует инкубационный период, продолжающийся в среднем 3 нед. Трепонема быстро внедряется в лимфатические сосуды, регионарные (паховые при половом заражении) лимфатические узлы, а затем попадает в ток крови и распространяется по организму.[1]

Все тканевые изменения, развивающиеся при сифилисе, по существу определяются измененной реактивностью организма. Они отражают 3 периода сифилиса - первичный, вторичный и третичный (гуммозный).[3]

- *Первичный период* сифилиса возникает на фоне нарастающей сенсibilизации,
- *Вторичный период* соответствует проявлениям гиперергии (реакции гиперчувствительности немедленного типа) и протекает с явлениями генерализации инфекции,
- *Третичный период* развивается на фоне становления иммунитета и проявлений гиперчувствительности замедленного типа; поражения при нем носят локальный характер.[1]

Патологоанатомическая картина проявлений различных форм:

Первичный период сифилиса характеризуется образованием во входных воротах инфекции затвердения, на месте которого вскоре появляется безболезненная округлая язва с гладким лакированным дном и ровными, хрящевидной консистенции, краями. Так образуется первичный сифилитический аффект - твердый шанкр, или твердая язва. Локализация первичного аффекта при половом заражении - половые органы (головка полового члена, малые и большие срамные губы), при внеполовом - слизистая оболочка полости рта, пальцы рук (у акушеров, патологоанатомов). Очень быстро в процесс вовлекаются отводящие лимфатические сосуды и регионарные лимфатические узлы, которые увеличиваются, становятся плотными и в сочетании с первичным аффектом образуют первичный сифилитический комплекс. В твердом шанкре воспалительный инфильтрат по

краям язвы и в области дна состоит из лимфоидных и плазматических клеток с примесью небольшого числа нейтрофилов и эгштелиоидных клеток. Между клетками обнаруживается большое число трепонем. Инфильтрат располагается главным образом вокруг мелких сосудов, в которых наблюдается пролиферация эндотелия, вплоть до полного закрытия просвета. Среди клеток появляются прослойки зрелой соединительной ткани, происходит рубцевание и через 2-3 мес на месте первичного аффекта образуется небольшой, лишенный пигмента рубчик. В регионарных лимфатических узлах находят гиперплазию фолликулов, десквамацию и пролиферацию эндотелия синусов и сосудов; происходит склероз лимфатического узла. [3]

Вторичный период сифилиса (период гиперергии и генерализации) наступает приблизительно через 6-10 нед после заражения и характеризуется появлением сифилидов - множественных воспалительных очагов на коже и слизистых оболочках. В зависимости от интенсивности воспаления и преобладания экссудативных или некробиотических процессов различают несколько разновидностей сифилидов: розеолы, папулы и пустулы. Общими для всех сифилидов являются очаговый отек кожи и слизистых оболочек, разрыхление эпителиального покрова, гиперемия сосудов, воспалительная инфильтрация вокруг них, некроз стенок. Сифилиды богаты трепонемами, которые при изъязвлении папул или пустул могут попадать во внешнюю среду, поэтому вторичный период очень заразен. В увеличенных лимфатических узлах отмечаются отек, гиперплазия, очаги некроза, скопления трепонем. После заживления сифилидов (через 3-6 нед от начала высыпаний) остаются небольшие беспигментные рубчики, иногда исчезающие. [2,3]

Третичный период наступает через 3-6 лет после заражения, проявляется в виде хронического диффузного интерстициального воспаления и образования гумм.[1]

Хроническое диффузное интерстициальное воспаление отмечается в печени, легких, стенке аорты, ткани яичек. По ходу сосудов наблюдаются клеточные инфильтраты, состоящие главным образом из лимфоидных и плазматических клеток, наблюдаются продуктивный эндартериит и лимфангит. В дальнейшем в пораженных органах развивается сифилитический цирроз, который особенно ярко выражен в печени, которая становится дольчатой, бугристой.[3]

Гумма - очаг сифилитического продуктивно-некротического воспаления сифилитическая гранулема. Гуммы могут быть одиночными (солитарные) и множественными. Чаще всего они встречаются в печени, коже, мягких тканях. С течением времени некротические массы гуммы подвергаются рубцеванию, иногда обызвествляются.[1]

Использованные источники:

1. Дмитриев Г.А., Борисенко К.К., Беднова В.Н./ Фармакокинетическое обоснование применения бициллина-1 при лечении больных ранними формами сифилиса// Г.А. Дмитриев, К.К. Борисенко, В.Н. Беднова/ ЗППП, 1997; 2: 16-17.
2. Инфекции, передаваемые половым путем/ Под ред. В.А.Аковбяна, В.И. Прохоренкова, Е.В. Соколовского // М., Медиасфера, 2007. – С. 324-337.
3. Лосева О.К./ Современные проблемы лечения сифилитической инфекции // О.К. Лосева/ Эффективная фармакотерапия. – 2011. - №10.- 42-45.