Федеральное государственное бюджетное

образовательное учреждение высшего образования

**«Кубанский государственный медицинский**

**университет»**

МИНИСТЕРСТВа ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

****

Кафедра дерматовенерологии

**СИФИЛИС. СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ.**

Учебно-методическое пособие для клинических ординаторов и слушателей циклов ПК и НМО по специальности «Дерматвенерология»

**Краснодар**

**2021г.**

УДК 616.972:372.8

ББК 55.811

С 41

Составители:

сотрудники кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России:

Зав. кафедрой дерматовенерологии, д.м.н. профессор. – М.М. Тлиш, доценты: к.м.н. Т.Г. Кузнецова, к.м.н. Наатыж Ж.Ю., ассистенты: к.м.н.Гаврилова Н.В., Осмоловская П.С., Шавилова М.Е.

«Сифилис. Сборник клинических задач»: учебно-методическое пособие для клинических ординаторов и слушателей циклов ПК и НМО по специальности «Дерматовенерология» - Краснодар: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2021.– 124 с.

**Рецензенты:**

Зав.кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, профессор, д.м.н. **Куценко И.И.**

Зав.кафедрой инфекционных болезней и фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, профессор, д.м.н. **Авдеева М.Г.**

Учебно-методическое пособие «Сифилис. Сборник клинических задач» для клинических ординаторов и слушателей циклов ПК и НМО составлено в соответствии с основной образовательной программой высшего профессионального образования в ординатуре 31.08.32 «Дерматовенерология», дополнительной образовательной программе повышения квалификации 31.08.32 «Дерматовенерология».

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

протокол № 6 от 17 июня 2021 г.

УДК 616.972:372.8

ББК 55.811

С 41

Составители: Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю., Гаврилова Н.В., Осмоловская П.С., Шавилова М.Е.

ОГЛАВЛЕНИЕ

[ОСНОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ 4](#_Toc79579701)

[ПРЕДИСЛОВИЕ 5](#_Toc79579702)

[ВВЕДЕНИЕ 6](#_Toc79579703)

[ГЛАВА 1. СИФИЛИС: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ 7](#_Toc79579704)

[1.1.ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ 7](#_Toc79579705)

[1.2.КЛАССИФИКАЦИЯ СИФИЛИСА 8](#_Toc79579706)

[1.3. ПЕРИОДИЗАЦИЯ ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ 12](#_Toc79579707)

[1.4. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕЙРОСИФИЛИСА. 23](#_Toc79579708)

[1.5. ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ. 31](#_Toc79579709)

[1.6.ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. 40](#_Toc79579710)

[1.7.ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ СИФИЛИСА 42](#_Toc79579711)

[1.8. ПРОФИЛАКТИКА СИФИЛИСА: ВИДЫ И СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ. 54](#_Toc79579712)

[ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ. 57](#_Toc79579713)

[СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 126](#_Toc79579714)

# ОСНОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

РИФ - реакция иммунофлюоресценции

ИФА - иммуноферментный анализ

РПГА-реакция пассивной гемагглютинации

ИХЛ -иммунохемилюминесценции

ЦСЖ - цереброспинальная жидкость

ПБТ - простые быстрые тесты у пастели больного

ЛПР - ложноположительная реакция

# ПРЕДИСЛОВИЕ

**Цели создания учебно-методического пособия:**

Сформировать у ординаторов и слушателей ФПК системные знания по теме «Сифилс», для создания представлений, знаний, умений и навыков на основе содержания раздела, а также целостное отношение к приобретенным знаниям и умениям как профессионально ориентированным.

Учебно-методическое пособие «Сифилис. Сборник клинических задач» содержит следующие разделы:

Глава 1. СИФИЛИС: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.

Глава 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Учебно-методическое пособие включает теоретический материал раскрывающий тему «Сифилис» и содержит клинические задачи, которые побуждают учащихся к самоанализу, саморазвитию, формированию следующих компетенций:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании дерматовенерологической помощи (ПК-6).

В пособии освещены этиопатогенетические особенности и периодизация течения сифилитической инфекции, методы диагностики, виды и схемы лечения, алгоритм клинико-серологического контроля. Материал содержит таблицы, схемы, иллюстрирован фотографиями. Представлен обширный блок проблемно-ситуационных задач, с вариантами ответов.

**Врачи, специалисты учреждений здравоохранения и медицинских**

**организаций, клинические ординаторы должны получить и самостоятельно использовать приобретенные знания:**

‒ о диагностических критериях установления диагноза «Сифилис»

‒ об алгоритме клинико-серологического контроля пациентов с установленным диагнозом «Сифилис»

**Врачи, специалисты учреждений здравоохранения и медицинских**

**организаций, клинические ординаторы должны самостоятельно использовать приобретенные умения и навыки:**

‒ в решении клинических задач и в практической деятельности.

Учебно-методическое пособие рекомендуется для клинических ординаторов и слушателей циклов ПК и НМО по специальности «Дерматовенерология».

.

# ВВЕДЕНИЕ

В [условиях реализации](http://zodorov.ru/metodicheskie-rekomendacii-po-organizacii-obrazovatelenoj-deya.html) компетентностного подхода особое внимание уделяется не только усвоению определенной суммы знаний и отработке умений, но и самостоятельному поиску ответов на поставленные вопросы и осмыслению учебного материала. Один из методов развития целенаправленной организации самостоятельной работы учащихся является внедрение в учебный процесс сборника клинических задач.

Учебно-методическое пособие «Сифилис. Сборник клинических задач» для клинических ординаторов и слушателей циклов ПК и НМО способствует освоению "Венерологии" в аудитории и дома, может быть использовано учащимися в изучении теоретического материала и формировании практических умений и навыков. Самостоятельная работа поможет слушателям закрепить знания о диагностических и терапевтических алгоритмах при ведении пациентов с сифилитической нифекцией. Предлагаемые клинические задачи, развивают мышление и формируют ряд компетенций, необходимых для профессиональной деятельности.

Применение учебно-методического пособия указанного формата в обучении улучшает качество образования, повышает эффективность учебного процесса на основе его индивидуализации, позволяет активизировать познавательную деятельность слушателей, более продуктивно организовать её, формировать и развивать навыки самостоятельной работы.

# ГЛАВА 1. СИФИЛИС: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

# 1.1.ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Сифилис - инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (Treponema pallidum), передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата.

***Относится к:***

**порядку** : Spirochaetales,

* **семейству**: Spirochaetaeceae,
* **роду**: Treponema,
* **виду**: Treponema Pallidum (син.: Spirochaeta pallidum).
* Легко разрушается под воздействием внешних агентов: высыхание, прогревание при 55°C в течение 15 мин, воздействие 50-56° этилового спирта.
* В то же время, низкие температуры способствуют выживанию бледной трепонемы.
* Спиралевидной формы; число оборотов спирали от 8 до 12, ее завитки равномерны, имеют идентичное строение.
* Размножаются преимущественно путем поперечного деления на два или несколько сегментов, каждый из которых вырастает затем во взрослую особь.
* Деление трепонем происходит каждые 30-33 часа, рост занимает в среднем 1-1,5 часа.

# 1.2.КЛАССИФИКАЦИЯ СИФИЛИСА

В настоящее время в России используется международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), которая не всегда адекватно отражает клинические формы заболевания. Так, A51.4 (другие формы вторичного сифилиса) включает раннее поражение нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. Также нет разделения асимптомного нейросифилиса на ранний и поздний, вследствие чего все больные с бессимптомным течением нейросифилиса независимо от давности заболевания относятся к позднему сифилису (А52.2). Следует отметить, что шифр МКБ-10, оканчивающийся цифрой 9 (A50.9; A51.9, А52.9 и А53.9), а также А50.2 и А50.7 отражают формы инфекции, не подтвержденные лабораторными методами диагностики, являясь «корзиной, в которую сбрасываются неправильно оформленные извещения».

**А50 Врожденный сифилис**

***А50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами***

Любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как раннее или проявившееся в возрасте до двух лет.

Ранний врожденный сифилис:

* кожи;
* кожи и слизистых оболочек;
* висцеральный.

Ранний врожденный сифилитический (ая):

* ларингит;
* окулопатия;
* остеохондропатия;
* фарингит;
* пневмония;
* ринит.

***А50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый***

Врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательным результатом при исследовании цереброспинальной жидкости, проявившийся в возрасте до двух лет.

***А50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный***

Врожденный сифилис БДУ (без дополнительных уточнений), проявившийся в возрасте до двух лет.

***А50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз***

Поздний врожденный сифилитический интерстициальный кератит (Н19.2).

Поздняя врожденная сифилитическая окулопатия (Н58.8).

Исключена триада Гетчинсона (А50.5).

***А50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)***

Деменция паралитическая ювенильная.

Ювенильный (ая):

* прогрессивный паралич;
* спинная сухотка;
* табопаралич.

Поздний врожденный сифилитический (ая):

* энцефалит (G05.0);
* менингит (G01);
* полиневропатия (G63.0).

При необходимости идентифицировать любое связанное с данным заболеванием психическое расстройство используют дополнительный код.

Исключена: триада Гетчинсона (А50.5).

***А50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами***

Любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как позднее или проявившееся через два года или более с момента рождения.

Суставы Клаттона (М03.1).

Гетчинсона:

* зубы;
* триада.

Поздний врожденный:

* кардиоваскулярный сифилис (198.);
* сифилитическая:
* артропатия (М03.1);
* остеохондропатия (М90.2).

Сифилитический седловидный нос.

***А50.6 Поздний врожденный сифилис скрытый***

Врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательным тестом цереброспинальной жидкости, проявившийся в возрасте двух и более лет.

***А50.7 Поздний врожденный сифилис неуточненный***

Врожденный сифилис БДУ, проявившийся в возрасте двух и более лет.

***А50.9 Врожденный сифилис неуточненный***

**А51 Ранний сифилис**

***А51.0 Первичный сифилис половых органов***

Сифилитический шанкр БДУ.

***А51.1 Первичный сифилис анальной области***

***А51.2 Первичный сифилис других локализаций***

***А51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек***

Широкая кондилома.

Сифилитическая (ие):

* алопеция (L99.8);
* лейкодерма (L99.8);
* очаги на слизистых оболочках.

***А51.4 Другие формы вторичного сифилиса***

Вторичные сифилитические (ое) (ая):

* воспалительное заболевание женских тазовых органов (N74.2);
* иридоциклит (Н22.0);
* лимфоаденопатия;
* менингит (G01);
* миозит (М63.0);
* окулопатия НКДР (Н58.8);
* периостит (М90.1).

***А51.5 Ранний сифилис скрытый***

Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой цереброспинальной жидкости, давностью менее двух лет после заражения.

***А51.9 Ранний сифилис неуточненный***

**А52 Поздний сифилис**

***А52.0 Сифилис сердечно-сосудистой системы***

Кардиоваскулярный сифилис БДУ (198.0).

Сифилитическая (ий):

* аневризма аорты (179.0);
* аортальная недостаточность (139.1);
* аортит (179.1);
* церебральный артериит (168.1);
* эндокардит БДУ (139.8);
* миокардит (141.0);
* перикардит (132.0);
* легочная недостаточность (139.3).

***А52.1 Нейросифилис с симптомами***

Артропатия Шарко (М14.6).

Поздний сифилитический (ая):

* неврит слухового нерва (Н49.0);
* энцефалит (G05.0);
* менингит (G01);
* атрофия зрительного нерва (Н48.0);
* полиневропатия (G63.0);
* ретробульбарный неврит (Н48.1).

Сифилитический паркинсонизм (G22).

Спинная сухотка.

***А52.2 Асимптомный нейросифилис***

***А52.3 Нейросифилис неуточненный***

Гумма (сифилитическая).

Сифилис (поздний) центральной нервной системы БДУ.

Сифилома.

***А52.7 Другие симптомы позднего сифилиса***

Сифилитическое поражение почечных клубочков (N 08.0).

Гумма (сифилитическая) любых локализаций, кроме классифицированных в рубриках А52.0–А52.3.

Сифилис поздний, или третичный.

Поздний сифилитический (ая):

* бурсит (М73.1);
* хориоретинит (Н32.0);
* эписклерит (Н19.0);
* воспалительное заболевание женских тазовых органов (N74.2);
* лейкодерма (L99.8);
* окулопатия НКДР (Н58.8);
* перитонит (К67.2).

Сифилис (без уточнения стадии):

* кости (М90.2);
* печени (К77.0);
* легкого (J99.8);
* мышц (М63.0);
* синовиальный (М68.0).

***А52.8 Поздний сифилис скрытый***

Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой цереброспинальной жидкости, давностью два года или более после заражения.

***А52.9 Поздний сифилис неуточненный***

**А53 Другие и неуточненные формы сифилиса**

***А53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний***

Скрытый сифилис БДУ.

Положительная серологическая реакция на сифилис.

***А53.9 Сифилис неуточненный***

Инвазия, вызванная *Treponema pallidum*, БДУ. Сифилис (приобретенный) БДУ.

Исключен: сифилис БДУ, явившийся причиной смерти в возрасте до двух лет (А50.2).

# 1.3. ПЕРИОДИЗАЦИЯ ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

#### Инкубационный период.

* Начинается с внедрения возбудителя сифилиса через поврежденную кожу или слизистую оболочку и заканчивается появлением первичного аффекта.

В среднем продолжительность инкубационного периода составляет от 2 недель до 2 месяцев, этот период может сократиться до 8 дней или, наоборот, удлиниться до 190 дней.

Сокращение инкубационного периода наблюдается при реинфекции и при внедрении возбудителя сифилиса в организм из нескольких входных ворот, что ускоряет генерализацию инфекции и развитие иммунных изменений в организме.

Удлинение инкубационного периода наблюдается в результате применения небольших доз трепонемоцидных антибактериальных препаратов по поводу интеркуррентных заболеваний.

#### **Первичный сифилис**

**Современные особенности клинических проявлений первичного периода сифилиса:**

* Преобладание эрозивных первичных сифилом над язвенными в целом
* формирование множественных первичных сифилом в количестве 2 и более
* Реже стали встречаться первичные сифиломы слизистой оболочки полости рта
* Чаще отсутствует сопутствующий регионарный лимфаденит
* Относительно редко наблюдается специфический лимфангит

В месте внедрения бледных трепонем развивается первичный аффект **—** эрозия или язва диаметром от 2–3 мм (карликовый шанкр) до 1,5–2 см и более (гигантский шанкр)округлых очертаний, с ровными краями, гладким блестящим дном розового или красного, иногда серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы (язва), со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании первичной сифиломы — плотноэластический инфильтрат. Первичный аффект сопровождается регионарным лимфаденитом, реже лимфангитом;

Шанкры могут быть единичными или множественными.

По локализации различают: генитальные, перигенитальные и экстрагенитальные шанкры. При половом пути инфицирования первичный аффект локализуется преимущественно в области гениталий.

В зависимости от места расположения твердый шанкр имеет свои характерные клинические особенности:

* на головке полового члена - округлая форма, незначительно выраженный инфильтрат у основания;
* в окружности препуциального мешка - малая подвижность крайней плоти, ее склероз, развитие фимоза;
* на внутреннем листке крайней плоти, в венечной борозде первичная сифилома возвышается над поверхностью кожи (симптом "козырька''); при пальпации у основания определяется уплотнение, которое напоминает хрящ вывернутого века (симптом «тарзального хряща»);
* в области анатомически прилегающих поверхностей гениталий - шанкры - "отпечатки" ("целующиеся" шанкры);
* у наружного отверстия мочеиспускательного канала -уплотнение, значительная болезненность, воронкообразная форма, отверстие уретры зияет, сукровичные выделения;
* на шейке матки в виде округлых эрозий красного цвета, с четкими границами, гладким дном, скудным отделяемым;
* в складках ануса - трещины, незначительное уплотнение, болезненность, ближе к сфинктеру имеют щелевидную форму.

Выделяют клинические формы твердого шанкра:

* герпетиформный
* гипертрофический (обычно на губах)
* кокардный
* комбустиформный (ожоговый)
* петехиальный
* по типу эрозивного баланопостита

**Выделяют три формы атипичных шанкров**

**- Шанкр- амигдалит** (ангиозный) представлен увеличенной, уплотненной, гиперемированной миндалиной, не имеющнй эрозивных или язвенных дефектов на поверхности. Выражена боль. Увеличение миндалины одностороннее. Следует отметить, что шанкр на миндалине может быть вполне типичным и представлять собой эрозию или, чаще, язву со всеми характерными для сифилиса признаками.

**- Шанкр-панариций** - палец резко инфильтрирован, имеет твердую консистенцию и темно- красный цвет. Боли стреляющие, усиливающиеся при пальпации. На верхушке пальца шанкр имеет вид неправильного изъязвления: язва угубленная, с " изгрызанными" краями, с дном сероватого или красновотого цвета. Разновидностью является фунгозный шанкр - на конце пальца сочные, напоминающие цветную капусту разростания.

**- Индуративный отек** проявляется сильным односторонним увеличением большой половой губы или резко отечностью крайней плоти, вызывающий фимоз. Отличается резким уплотнением ткани, отсутствием ямки при надавливании пальцем, безболезненности, выделений из препурциального мешка.

При присоединении вторичной формы твердый шанкр может осложняться баланопоститом, вульвовагинитом, фимозом, парафимозом, гангренизацией и фагенизацией.

Почти непременным спутником первичного шанкра является увеличение близлежащих лимфитических узлов - регионарный лимфаденит, который модет быть односторонним, так и двусторонним. Величина лимфоузлов может варьировать от размеров фасоли до куриного яйца. Увеличеннные лимфоузлы безболезненны, плотноэластической консистенции.

Продолжительность первичного периода сифилиса - 6-7 недель.

Рис.1 Твёрдый шанкр на коже полового Рис.2. Твердый шанкр на коже половой

члена. губы.

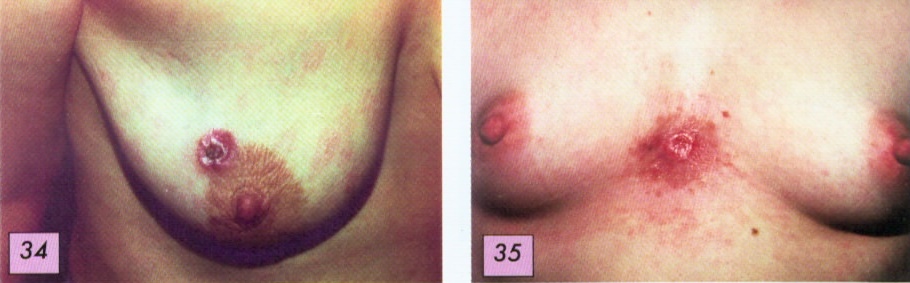
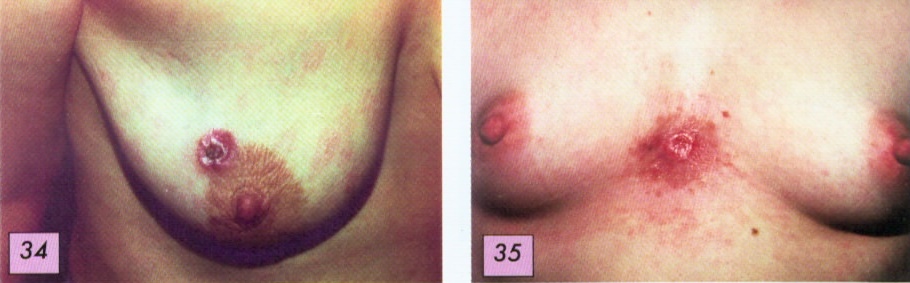
 

Рис.3. Карликовый шанкр Рис.2.Гигантский шанкр

Рис.4.Множественные твердые шанкры Рис.5. Множественные шанкры

Экстрагенитальная локализация:

**Рис. 7.** Твердый шанкр на коже **Рис. 8.** Интрамаммарный твердый шанкр

молочной железы

**Осложнения первичной сифиломы:**

- баланит

- баланопостит

-вульвовагинит

- фимоз

- парафимоз

- гангренизация

- фагеденизм

В конце первичного периода появляется полиаденит и общеинфекционная симптоматика (интоксикационный синдром).

#### **Вторичный сифилис**

**Современные особенности клинических проявлений вторичного периода сифилиса:**

* Часто выявляются папулезные высыпания на ладонях и подошвах
* Пустулезный сифилид стал более редким проявлением вторичного периода
* Реже стала наблюдаться сифилитическая алопеция — у больных вторичным рецидивным сифилисом
* Увеличение случаев сифилитической алопеции и лейкодермы — у больных вторичным свежим сифилисом
* На основании клинической картины трудно провести дифференциальную диагностику между вторичным свежим и рецидивным сифилисом при отсутствии остатков первичной сифиломы и для дифференциации необходимо учитывать весь комплекс общепринятых критериев диагностики - анамнестических, методов конфронтации, серологических, иммунологических.

Обусловлен гематогенной диссеминацией инфекции на фоне развития инфекционного иммунитета и проявляется: высыпаниями на коже:

- розеолезными (пятнистыми)

- папулезными (узелковыми)

- папуло-пустулезными (гнойничковыми)

- редко везикулезными)

*и/или слизистых оболочках ограниченными и сливными розеолезными и папулезными сифилидами);*

- лейкодермой

- алопецией

Возможны остаточные явления первичного сифилиса, поражения внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы (А51.4).

Рис.11. Розеолезный сифилид на коже Рис.12. Папулезный сифилид на коже

груди, живота ладоней

Рис.14. Пустулезный сифилид на коже Рис.15. Лейкодерма

лица

Рис.16. Мелкоочаговая алопеция Рис. 17.Крупноочаговая алопеция

Характерным и специфичным свойством вторичных сифили­дов является их «воспламенение» – обострение в ответ на примене­ния активной противосифилитической терапии.Этот феномен или реакция обострения у больных сифилисом носит название реакции Лукашевича-Яриша-Герксгеймера. Ее появление объясняется обиль­ным распадом бледных трепонем, освобождением большого коли­чества антигенных субстанций, эндотоксина в кровяном русле, лим­фатических сосудах и в тканях пораженных органов.

Одновременно с увеличением яркости гиперемии и отечности эффлоресценций возникают в значительном количестве новые элементы, повышает­ся температура тела до 39-40°С с ознобом, недомоганием и другими проявлениями обострения процесса.

Эта реакция более выражена и отмечается чаще (в 94,8% наблюдений) у больных вторичным све­жим сифилисом и менее активна, наблюдается примерно у 70% пациентов с вторичным ранним рецидивным сифилисом.

У больных с вторичным, но поздним рецидивом она может отсутствовать.

#### Клинические проявления вторичного сифилиса на слизистых оболочках

**Современные особенности клинических проявлений вторичного сифилиса на слизистых оболочках:**

* Сифилиды редставлены пятнистыми и папулезными высыпаниями
* Локализация: слизистых оболочек полости рта, губ, языка, глотки и гортани.
* Клинически: сифилитическая эритематозная ангина, сифилитическая заеда сифилитической осиплости (рауцедо) вплоть до полной афонии. папулезная ангина
* Пораженная область имеет застойно-красный цвет, гладкую поверхность, резкие очертания.
* Субьективно:неловкость при глотании, иногда небольшую болезненность.

#### **Латентный ( скрытый) сифилис**

***(lues latens)***

В последние годы на фоне снижения заболеваемости сифилисом изменился удельный вес различных его форм. Приоритетные позиции занимает скрытый ранний сифилис.

Под **скрытым сифилисом** понимается такая стадия сифилитической инфекции, при которой не определяются манифестные признаки болезни на коже и слизистых оболочках, не выявляются специфические поражения внутренних органов, отсутствуют патологические изменения в спинномозговой жидкости, а диагноз устанавливается лишь на основании положительных скрининговых (нетрепонемных) и специфических (трепонемных) серологических реакций.

**Различают :**

* + Ранний (А51.5) (до 2 лет с момента инфицирования),
  + Поздний (А52.8) (свыше 2 лет с момента инфицирования)
  + Неуточненный как ранний или поздний (А53.0) при отсутствии достоверных данных о сроках заражения и давности сифилитического процесса.
* При положительных нетрепонемных (НТ) и трепонемных (ТТ) тестах говорят о серопозитивном скрытом сифилисе
* Если же НТ отрицательны при наличии высоких титров специфических антител в ТТ, то такую форму заболевания называют серонегативным скрытым сифилисом.
* Наличие положительных НТ при отрицательных ТТ не является основанием для постановки диагноза скрытого сифилиса, т.к. следует помнить о существовании острых и хронических биологически ложноположительных серологических реакций (аутоиммунные заболевания, инфекции, наркомания, беременность, пожилой возраст и др.)

#### **Третичный сифилис**

**Современные особенности клинических проявлений третичного периода сифилиса:**

Высыпания немногочисленны, асимметричны, склонны к группировке

* Появляются на месте наименьшего сопротивления и после травмы.
* Проявления носят деструктивный характер (высыпания изъязвляются).
* Высыпания не имеют признаков о/воспаления, образуются на основе плотного инфильтрата, поражают все слои кожи, костную ткань.
* Безболезненны или малоболезненны.
* Имеют округлые очертания (выбиты долотом).
* В инфильтратах возбудитель отсутствует.
* Пациент практически не заразен.
* Возникает медленно, исподволь.

**Клинические проявления.**

**Бугорковый сифилид**

* сгруппированный
* серпигинирующий (ползучий)
* бугорковый сифилид "площадкой"
* карликовый бугорковый сифилид

**Гуммозный Сифилид**

* солитарная (одиночная) гумма
* гуммозные инфильтрации
* фиброзные гуммы



**Рис.18**. Бугорковый сифилид на коже в

помышечной области



Рис. 19. Сгруппированный бугорковый сифилид

На коже в области локтевого сустава



Рис.20.Серпигинирующий бугорковый сифилид



Рис.21. Гуммозный сифилид в острой стадии



Рис.22. Сифилитическая гумма в стадии

рубцевания

#### Клиничекие проявления третичного сифилиса на слизистых оболочках.

**Современные особенности клинических проявлений третичного сифилиса на слизистых оболочках:**

* Сифилиды редставлены бугорками, гуммами, диффузной гуммозной инфильтрацией.
* Локализация: нос, мягкое и твердое небо, реже- язык, задняя стенка глотки, губы.
* Инфильтрат плотный, регионарный лимфоаденит отсутствует, быстрое разрешение под влиянием специфической терапии ( искл. диффузная гуммозная инфильтрация языка).

**Гуммозное поражение слизистой полости носа**

* Перегородка, на границе между костной и хрящевой частью.
* Резко отграниченный плотный инфильтрат синюшного цвета.
* Гнойное отделяемое и гнойно-кровяные корки в носовых ходах (распад).
* Язва – четко ограниченные края, окружена валиком плотного инфильтрата, дно-шероховатая пов-ть некротизированной кости.
* Перфорация.



Рис.23.«Седлообразный» нос, лорнетный нос, «нос попугая», «нос бульдога»



Рис.24.Перфорация твердого неба после сифилитической гуммы

**Гуммозное поражение слизистой мягкого неба**

**Третичный сифилис задней стенки глотки**

* Ограниченный инфильтрат синюшно-красного цвета
* Распад – малоболезненная язва, окруженная валиком плотного инфильтрата синюшно-красного цвета, дно с гнойно-некротическим налетом – втянутый плотный рубец.

**Третичные сифилиды языка**

* Глубокие гуммы языка
* Диффузная глубокая инфильтрация языка

Рис. 25.Глубокий интерстициальный Рис.26. Гуммозная инфильтрация

Глоссит

# 1.4. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕЙРОСИФИЛИСА.

* Первые упоминания конец XV-начало XVI.
* Ulrich von Gutten (1519) - описание случая паралича при сифилисе

**Заболеваемость нейросифилисом**

**Ранние формы нейросифилиса**

**Особенности клиники на современном этапе**

* Малосимптомность проявлений.
* Атипичность течения заболевания.
* Влияние активной химиотерапии.
* Употребление антибиотиков в связи с интеркуррентными заболеваниями.
* Диффузные многоочаговые поражения ЦНС.
* Поражения ЧМН в виде параличей, парезов, статико-локомоторной и динамической атаксии, нарушений функции тазовых органов, нарушений когнитивного статуса до уровня деменции легкой степени выраженности.
* Патоморфоз позднего нейросифилиса:
* *преобладание оболочечных и сосудистых форм над паренхиматозными*
* *малосимптомное течение паренхиматозных форм при отсутствии патологических изменений цереброспинальной жидкости*
* В настоящее время заболеваемость НС неуклонно растет к 2020 г. может превысить 25 : 100 000 населения, а заболеваемость манифестным НС к 2020 г. может превысить 2,5 : 100 000 населения.

**Классификация H. Merritt**

**Клиническая картина**

**Нейросифилис условно разделяют по срокам от момента заражения на:**

* Ранние формы предполагают преимущественное поражение мезенхимы (оболочек, сосудов).
* Поздние - паренхимы головного и спинного мозга.

*Деление полностью не определяет всех сторон поражения нервной системы, т.к. клинические проявления нейросифилиса – единая динамическая система с комбинацией симптомов ранних и поздних форм.*

#### Ранние формы нейросифилиса

Чаще всего встречается менинговаскулярный сифилис, в клинической картине которого преобладают симптомы поражения оболочек и сосудов мозга:

* **Сифилитический менингит**
  1. Выделяют три клинические формы сифилитического менингита:
  2. острая сифилитическая гидроцефалия,
  3. острый базальный сифилитический менингит,
  4. острый конвекситальный сифилитический менингит.
  5. При базальной форме преимущественно поражаются мозговые оболочки области основания черепа,
  6. При конвекситальной — области свода черепа и отмечаются тошнота, рвота, резкие головные боли, гемипарезы, афазия, спутанность сознания, делирий.
* **Скрытый (латентный) сифилитический менингит**
  1. Сифилитический хориоэпендиматит без явлений раздражения мозговых оболочек
  2. Мягкий энцефалит или артериит
  3. Клинических проявлений менингита не удается обнаружить
  4. Иногда головная боль, шум в ушах, снижение слуха, головокружение
  5. В СМЖ – белок 0,4% и более, цитоз от 8 клеток в 1 мм3 (в норме: цитоз-5-8 клеток в 1 мм3, белок – 0,16-0,3%о (г/л
* **Острый генерализованный сифилитический менингит**
  1. В процесс вовлекаются все оболочки мозга.
  2. Развивается в течение 1-1,5 нед .
  3. Сопровождается усиливающейся головной болью, головокружением, шумом в ушах, рвотой, не связанной с приемом пищи, возникающей внезапно, без тошноты (рвота центрального происхождения), менингиальными симптомами.
  4. В СМЖ – белок до 12%о, цитоз до 1000 клеток в 1 мм3.
* **Менингоневритическая форма (базальный менингит)**
  1. Поражаются отдельные участки оболочек головного мозга, чаще в области основания мозга, где проходят ряд черепных нервов.
  2. Не резко выраженные симптомы менингита (головная боль, головокружение, иногда – тошнота и рвота), неврита или невритов.
  3. Легкий птоз, асимметрия лица, сглаженность носогубной складки, отклонение языка, опущение мягкого неба.
  4. В СМЖ – белок до 0,6-0,7%о, цитоз 20-40 клеток в 1 мм3.
* **Менинговаскулярный сифилис**
  1. Клинические симптомы при менинговаскулярном сифилисе связаны как с хроническим менингитом, так и с нарушением мозгового кровообращения вследствие васкулита артерий крупного и среднего калибра.
  2. Воспаление приводит к присоединению тромбоза и окклюзии сосуда.
  3. За несколько недель или месяцев до развития ишемического инсульта у половины больных отмечаются головная боль, головокружение, изменения личности и поведения, бессонница и судорожные припадки.
* **Сифилитический менингомиелит**
  1. Воспаление мягких мозговых оболочек и специфический эндартериит спинного мозга.
  2. При остром течении может приводить к параличам нижних конечностей с глубоким нарушением трофики (образование пролежней), снижению или потере разных видов чувствительности.
* **Сифилитическое поражение органов зрения и слуха**
  1. Сифилитический неврит зрительного нерва, чаще встречающийся при базальном менингите, как правило, бывает двусторонний и приводит к нарушению зрительных функций.
  2. Наблюдается изменение или концентрическое сужение полей зрения.
  3. Могут наблюдаться паренхиматозный кератит, пигментный ретинит, увеит
  4. Сифилитический неврит слухового нерва характеризуется костно-воздушной диссоциацией (снижением или исчезновением костной проводимости при сохранении воздушной), что является патогномоничным симптомом начинающегося НС.

#### Поздние формы нейросифилиса

В клинической картине преобладают симптомы поражения паренхимы мозга.

* **Прогрессивный паралич**
  1. Поражение вещества головного мозга, чаще в области передней коры, возникающее на почве воспалительных изменений мелких сосудов, главным образом капилляров мозга (приводит к атрофии клеток, клеточных слоев, истончению извилин мозга)
  2. Характерны полный распад личности, деградация, резко выраженное прогрессирующее слабоумие, разные формы бреда, галлюцинации, кахексия
  3. ***Ранние психические симптомы:***
  4. *Изменение личности (вспыльчивость, прожорливость, эйфоричность или плаксивость, благодушие).*
  5. *Нарушение памяти (снижение на ближайшие события при сохранении на отдаленные).*
  6. *Нарушение логики счета.*
  7. *Нарушение письма (пропуск букв, слогов, слов, меняется почерк).*
  8. *Нарушение речи (быстрая или замедленная, больной не может воспроизвести скороговорки).*
  9. **Формы прогрессивного паралича**
     1. **Дементная** (потеря интереса к окружающему, апатия, отупение, прогрессирующее слабоумие).
     2. **Экспансивная** (эйфория, мания величия, психомоторная активность с постепенным распадом психики).
     3. **Ажитированная** (склонность к разрушительным поступкам).
     4. **Депрессивная** (подавленность, тревога, ипохондрический бред).
  10. *Неврологические симптомы:*
      1. Зрачковые расстройства, симптом Аргайла-Робертсона (в 12-20% случаев), нарушения чувствительности и двигательной сферы, эпилептиформные припадки, анизорефлексия.
      2. В начальной стадии – положительные стандартные серологические реакции ликвора (100%), положительные результаты РИТ и РИФ в 90-94% случаев, белок – 0,43-2,3%о, цитоз обычно невысокий – 20-60 клеток в 1мм3.
* **Спинная сухотка**
  1. Спинная сухотка (табес) характеризуется поражением спинальных нервов, нервных ганглиев и задних столбов спинного мозга.
  2. Больной во время ходьбы не ощущает опоры. Он не может передвигаться с закрытыми глазами, теряется ощущение положения тела в пространстве.
  3. Характерны процессы пролиферации и деструкции нервной ткани
  4. Внезапные острые боли, парестезии, расстройство мочеиспускания, дефекации и появление импотенции, парезы черепных нервов, птоз, расходящееся или сходящееся косоглазие)
  5. Зрачковые расстройства (анизокория, миоз), симптом Аргайла-Робертсона, атрофия зрительных нервов, поражение слуховых нервов, атаксия, расстройства поверхностной чувствительности и глубокого мышечно-суставного чувства
  6. РМП положительна у 70-80% больных. РИБТ положительна более чем в 95% случаев.
  7. Уровень общего белка в ликворе у большинства больных повышен незначительно (0,6%о), у 30% больных находится в пределах нормы.
* **Атрофия зрительного нерва**
  1. Может являться самостоятельной формой нейросифилиса.
  2. Характерно одностороннее ухудшение зрения, которое постепенно распространяется и на второй глаз. Лечение сифилиса приостанавливает снижение зрения.
  3. Исходом заболевания у нелеченных больных является слепота.
* **Гуммозный нейросифилис**
  1. Гуммы головного мозга встречаются редко. Излюбленная локализация — основание мозга; реже располагается в мозговом веществе. Приводит к повышению внутричерепного давления. Доминирующим симптомом является головная боль.
  2. Гумма спинного мозга чаще локализуется в шейном или средне - грудном отделе.

# 1.5. ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ.

Для лабораторной диагностики сифилиса **применяются прямые и непрямые методы**.

**Прямые методы** диагностики выявляют самого возбудителя

или его генетический материал.

К **непрямым методам** диагностики сифилиса относятся тесты, выявляющие антитела к возбудителю сифилиса в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости.

Абсолютным доказательством наличия заболевания является обнаружение бледной трепонемы в  образцах, полученных из очагов поражений,

с помощью микроскопического исследования в темном поле зрения, иммуногистохимического исследования с использованием моноклональных или поликлональных антител, а  также выявление специфической ДНК и  РНК

возбудителя молекулярно-биологическими методами с  использованием

тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

Прямые методы используются для диагностики ранних форм заболевания (первичный и вторичный сифилис) с клиническими проявлениями

(эрозивно-язвенные элементы), для подтверждения врожденного сифилиса

(ткань пуповины, плаценты, органы плода, отделяемое слизистой оболочки

носа, содержимое пузырей, отделяемое с поверхности папул).

#### Серологические методы диагностики, рекомендуемые для исследования сыворотки крови

***Нетрепонемные тесты:***

* **реакция микропреципитации (РМП)** с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги:
* **RPR (РПР) — тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins)**, или экспресс-тест на реагины плазмы;
* **VDRL — Venereal disease Research Laboratory Test** — тест исследовательской лаборатории венерических заболеваний;
* **TRUST**  — тест с  толуидиновым красным и  непрогретой сывороткой
* (Toluidin Red Unheated Serum Test);
* USR — тест на реагины с  непрогретой сывороткой (Unheated Serum
* Reagins).

***Общая характеристика нетрепонемных тестов:***

* применяется антиген нетрепонемного происхождения (стандартизованный кардиолипиновый антиген);
* позитивируются через 1—2 недели после образования первичной сифиломы;
* имеют невысокую чувствительность (до 70–90% при ранних формах сифилиса и до 30% — при поздних), могут давать ложноположительные результаты (3% и более).

**Преимущества нетрепонемных тестов:**

* низкая стоимость;
* техническая простота выполнения;
* быстрота получения результатов.

**Показания к применению нетрепонемных тестов:**

* проведение скрининга населения на сифилис;
* определение активности течения инфекции (определение титров антител);
* контроль эффективности терапии (определение титров антител).

***Трепонемные тесты:***

Преимущества трепонемных тестов: высокая чувствительность и специфичность.

 **иммуноблоттинг** является модификацией ИФА. Чувствительность и  специфичность  — 98—100%. Может применяться для подтверждения диагноза, в особенности при сомнительных или противоречивых результатах

других трепонемных тестов.

**метод ИХЛ (иммунохемилюминесценции),** обладающий высокой чувствительностью и  специфичностью (98—100%), дает возможность количественного определения уровня антител к  возбудителю сифилиса, может быть использован для подтверждения сифилитической инфекции и  скрининга.

*Ограничения применения:*

* не  могут быть использованы для контроля эффективности терапии, могут давать ложноположительный результат.
* **ПБТ (простые быстрые тесты у постели больного, или иммунохрома тографические тесты)** позволяют проводить быстрое определение содержания трепонемоспецифических антител к  возбудителю сифилиса
* в образцах сыворотки и цельной крови без использования специального лабораторного оборудования и  применяться при оказании первичной медико-санитарной помощи, в  том числе по эпидемиологическим показаниям.
* **РПГА (реакция пассивной гемагглютинации)**  — высокочувствительный и  специфичный тест. Чувствительность метода при первичном сифилисе — 76%, при вторичном — 100%, при скрытом — 94—97%, специфичность — 98—100%;
* **РИФ (реакция иммунофлуоресценции, в  том числе в  модификациях**
* **РИФабс и  РИФ200)**  — достаточно чувствительна на всех стадиях сифилиса (чувствительность при первичном сифилисе  — 70—100%, при
* вторичном и  позднем  — 96—100%), специфичность  — 94—100%. РИФ
* применяется для дифференциации скрытых форм сифилиса и  ложноположительных результатов исследований на сифилис;
* **РИБТ (РИТ) (реакция иммобилизации бледных трепонем)** — классический тест для выявления специфических трепонемных антител; чувствительность (суммарно по стадиям сифилиса) составляет 87,7%; специфичность — 100%. Трудоемкий и сложный для постановки тест, требующий значительных средств для проведения тестирования. Сфера применения РИБТ сужается, однако она сохраняет свои позиции как «реакция-арбитр» при дифференциальной диагностике скрытых форм сифилиса с ложноположительными результатами серологических реакций на сифилис.

**Общая характеристика трепонемных тестов:**

* применяется антиген трепонемного происхождения;
* чувствительность — 70—100% (в зависимости от вида теста и стадии сифилиса);
* специфичность — 94—100%.

РИФ, ИФА, иммуноблоттинг (ИБ) становятся положительными с 3-й недели от момента заражения и ранее, РПГА и РИБТ — с 7–8-й.

**Показания к применению трепонемных тестов:**

* подтверждение положительных результатов нетрепонемных тестов;
* подтверждение в  случае расхождения результатов скринингового трепонемного теста и последующего нетрепонемного теста, а также скринингового и подтверждающего трепонемных тестов;
* проведение методами ИФА, РПГА, ИХЛ, ПБТ скрининга отдельных категорий населения на сифилис (доноры, беременные, больные офтальмологических, психоневрологических, кардиологических стационаров,
* ВИЧ-инфицированные).

Примечания:

* трепонемные тесты не могут быть использованы для контроля эффективности терапии, т. к. антитрепонемные антитела длительно циркулируют в организме больного, перенесшего сифилитическую инфекцию;
* трепонемные тесты дают положительные результаты при невенерических трепонематозах и спирохетозах;
* трепонемные тесты могут давать ложноположительные реакции у больных с аутоиммунными заболеваниями, лепрой, онкологичекими заболеваниями, эндокринной патологией и при некоторых других заболеваниях.

|  |  |
| --- | --- |
| **Цель обследования** | **Рекомендуемые тесты** |
| Массовый скрининг населения с целью выявления больных с активными формами сифилитической инфекции (поликлиники, стационары общего профиля  за исключением специализированных, декретированные контингенты) | Нетрепонемные тесты (РМП, РПР, VdRL и другие аналоги) или иммунохроматографические (трепонемные) тесты |
| Скрининг в особых целевых группах для выявления болеющих сифилисом или лиц, перенесших сифилитическую инфекцию:  – беременные, в том числе направляемые на искусственное прерывание  беременности;  – доноры крови, спермы и тканей;  – пациенты специализированных  стационаров (офтальмологических, неврологических, психоневрологических,  кардиологических);  – ВИЧ-инфицированные | Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VdRL и другие аналоги) и трепонемного (РПГА, ИФА, ИБ, ИХЛ, ИХГ) тестов. |
| Диагностика клинических форм приобретенной сифилитической инфекции | Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VdRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и трепонемного (РПГА, ИФА, ИБ, ИХЛ, ИХГ) тестов |
| Диагностика скрытых и поздних форм приобретенного сифилиса, дифференциальная диагностика скрытого сифилиса и ложноположительных результатов нетрепонемных и трепонемных тестов, подозрение на поздний врожденный сифилис | Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VdRL и другие аналоги) теста в  количественном варианте постановки и не менее двух трепонемных тестов (РПГА, ИФАIgM+IgG,  РИФ абс/200, РИТ, ИБ ИХЛ) |
| Обследование лиц, бывших в половом и тесном бытовом контакте с больным  сифилисом, при давности первого контакта не более 2 месяцев | Один их трепонемных тестов  (ИФА IgM, ИФАIgM+IgG, РИФабс/200, ИБIgM) |
| Обследование новорожденных с целью выявления врожденного сифилиса | Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VdRL и другие аналоги) теста  в количественном варианте постановки (+ сравнение титров с аналогичными у матери) и трепонемного (РПГА, ИФАIgM, ИФАIgM+IgG, РИФабс/200,ИБIgM) теста. |
| Исследование цереброспинальной жидкости | Комплекс нетрепонемного (РМП, PПP, VdRL) и нескольких трепонемных тестов (РПГА, РИФц, ИФАIgM, ИФАIgM+IgG, ИБIgM, ИБIgG) + определение количества формен  ных элементов, уровня белка |
| Контроль эффективности терапии | Нетрепонемный тест (РМП, РПР, VdRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и один из трепонемных тестов (РПГА, ИФАIgG, ИФАIgG+IgM, РИФабс/200, ИБ,ИХЛ, РИБТ) |
| Подтверждение реинфекции, дифференциальная диагностика реинфекции  с клиническим и серологическим рецидивом | Нетрепонемный тест (РМП, РПР, VdRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и трепонемные тесты (РИФабс/200, ИФАIgM, ИФАIgM+IgG, ИБIgM, РПГА), динамическое наблюдение за уровнем антител |

**Ложноположительные серологические реакции на сифилис (ЛПР)**

Ложноположительными, или неспецифическими, называют положительные результаты серологических реакций на сифилис у лиц, не страдающих сифилитической инфекцией и не болевших сифилисом в прошлом.

ЛПР могут быть обусловлены техническими погрешностями при выполнении исследований и особенностями организма.

Условно ЛПР разделяют на острые (< 6  месяцев) и  хронические (> 6  месяцев). Острые ЛПР могут наблюдаться при беременности и во время менструации, после вакцинации, после недавно перенесенного инфаркта миокарда, при многих инфекционных заболеваниях (лепра, малярия, респираторные заболевания, грипп, ветряная оспа, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция) и дерматозах; хронические ЛПР — при аутоиммунных заболеваниях, системных болезнях соединительной ткани, онкологических заболеваниях, хронической патологии печени и желчевыводящих путей, при сердечно-сосудистой и эндокринной патологии, при заболеваниях крови, при хронических заболеваниях легких, при инъекционном применении наркотиков, в старческом возрасте и др.

Ложноположительные реакции трепонемных и  нетрепонемных тестов могут наблюдаться при эндемических трепонематозах (фрамбезия, пинта, беджель), боррелиозе, лептоспирозе.

Пациента с положительными серологическими реакциями на сифилис, прибывшего из страны с эндемическими трепонематозами, необходимо обследовать на сифилис и назначить противосифилитическое лечение, если оно ранее не проводилось.

Хронические ложноположительные реакции могут являться преклиническими проявлениями тяжелых заболеваний.

Количество ЛПР увеличивается с возрастом. В возрастной группе 80-летних лиц распространенность ЛПР составляет 10%.

Ложноотрицательные серологические реакции на сифилис могут наблюдаться при вторичном сифилисе вследствие феномена прозоны при тестировании неразведенной сыворотки, а также при обследовании лиц с иммунодефицитным состоянием, например ВИЧ-инфицированных пациентов.

#### Диагностика нейросифилиса

Решающую роль в диагностике нейросифилиса играет исследование цереброспинальной жидкости (ЦСЖ).

Спинномозговая пункция для исследования ЦСЖ показана больным сифилисом - при наличии у них клинической неврологической симптоматики

(независимо от стадии заболевания);

- лицам со скрытыми, поздними формами инфекции;

- больным с проявлениями вторичного рецидивного сифилиса (в частности, - с лейкодермой, особенно в сочетании с алопецией);

при подозрении на врожденный сифилис у детей;

- при отсутствии негативации нетрепонемных серологических тестов у пациентов после проведенного полноценного специфического лечения.

**Диагноз нейросифилиса с  симптомами устанавливается на основании сочетания**

- клинических проявлений,

- положительных результов серологических тестов с  ЦСЖ и  изменением состава последней (числа клеток и уровня белка), скрытого — на основании лабораторного выявления патологических изменений ЦСЖ.

***К рекомендуемым методам исследования ЦСЖ*** относятся: цитологическое исследование с подсчетом количества форменных элементов, определение количества белка, а  также серологические тесты для выявления антител к T. pallidum: РМП, РИФц (РИФ с цельным ликвором), РПГА, ИФА, иммуноблоттинг.

Плеоцитоз и повышение уровня белка в ликворе не являются специфичными для нейросифилиса, но имеют важное диагностическое значение как

критерии развития воспалительных процессов оболочек и  органических поражений вещества мозга. Определение в  1  мм ликвора свыше 5  клеток лимфоцитарного ряда свидетельствует о  наличии патологических изменений в  нервной системе.

Содержание белка в  ликворе взрослого человека в  норме составляет 0,16–0,45  г/л. Специфичность нетрепонемных тестов с  ЦСЖ близка к  100%, однако их чувствительность недостаточно высока, а частота отрицательных результатов при различных формах нейросифилиса варьирует от 30 до 70%. Трепонемные тесты, напротив, обладают высокой чувствительностью (90—100%), но недостаточно специфичны и могут быть положительными с ликвором при формах сифилиса, не сопровождающихся

поражением нервной системы, однако отрицательные результаты трепонемных тестов с ЦСЖ исключают нейросифилис.

**Диагноз устанавливают на основании комплекса критериев.**

Для диагностики нейросифилиса может быть использован реверсивный алгоритм, включающий последовательное применение современных методов лабораторной диагностики: ИФА/иммуноблоттинга, РМП/РПР и РПГА.

Тестированию с помощью данного алгоритма подлежат лица с подозрением на наличие нейросифилиса, в  том числе больные скрытым сифилисом и  лица, перенесшие сифилис в  прошлом, при сохранении положительных нетрепонемных серологических реакций крови.

**Тестирование начинается с исследования ликвора пациента методами ИФА или иммуноблоттинга**:

При отрицательном результате с высокой степенью вероятности может быть сделан вывод об отсутствии у пациента нейросифилиса.

При положительном результате ИФА/ИБ проводится исследование с  помощью одного из нетрепонемных тестов (РМП, РПР). Если ИФА/ИБ и РМП/РПР дают положительный результат, больному устанавливается диагноз нейросифилиса и  дальнейшее тестирование прекращают.

Если РМП/РПР дает отрицательный результат, проводится тестирование ликвора с  помощью второго высокочувствительного и  специфичного трепонемного метода  — РПГА.

При положительном результате РПГА делается вывод о  наличии у больного нейросифилиса.

При отрицательном результате РПГА делается вывод об отсутствии у пациента нейросифилиса и ложноположительном результате первого трепонемного теста.

***Для диагностики нейросифилиса дополнительно используют инструментальные методы:*** магнитно-резонансную и компьютерную томографии, электроэнцефалографию.

***Диагноз нейросифилиса считается подтвержденным*** при наличии у пациента серологически доказанного сифилиса, независимо от стадии, и положительном результате РМП (РПР) с цереброспинальной жидкостью.

***Диагноз нейросифилиса считается вероятным при:***

* наличии у пациента серологически доказанного сифилиса, независимо от стадии;
* наличии неврологической/психиатрической/офтальмологической/отологической симптоматики, которая не может быть объяснена иными причинами;
* отрицательном результате РМП (РПР) с цереброспинальной жидкостью;
* наличии плеоцитоза (более 5 клеток в 1 мм ликвора) и/или повышении
* уровня белка (более 0,5 г/л), которые не могут быть обусловлены другими
* заболеваниями.

#### Диагностика врожденного сифилиса

Диагноз устанавливается на основании анамнеза матери, клинических проявлений, данных рентгенологического исследования и результатов серологических реакций (РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИБТ, РИФ).

Согласно критериям ВОЗ (1999), случай врожденного сифилиса считается подтвержденным при обнаружении Tr. Pallidum методом темнопольной микроскопии, ПЦР или ИГХ в материале, полученном из отделяемого высыпаний, амниотической жидкости, ткани плаценты, пуповины или в аутопсийных образцах.

Мертворождением по причине врожденного сифилиса считается смерть

плода, наступившая после 20-й недели беременности или при массе тела более 500 граммов, при наличии нелеченного или неадекватно леченного сифилиса у матери.

***Врожденный сифилис считается вероятным, если:***

* мать новорожденного не получала лечения либо получила неадекватное
* лечение (после 32-й недели беременности или антибактериальными препаратами резерва) во время беременности (независимо от наличия признаков заболевания у ребенка);
* при положительном результате ТТ у ребенка и наличии по крайней мере
* одного из следующих критериев: проявлений врожденного сифилиса при проведении физикального обследования или рентгенографии длинных трубчатых костей;

— положительной РМП в  ликворе, плеоцитоза или гиперпротеинархии (при отсутствии других причин);

— выявлении 19S IgM в тесте РИФ-абс или РПГА, выявлении IgM методом ИФА или ИБ.

При диагностике раннего врожденного сифилиса с симптомами следует иметь в виду, что остеохондрит I степени без других симптомов врожденного сифилиса не  может служить признаком врожденного сифилиса, так как подобные изменения могут наблюдаться при других заболеваниях и даже у здоровых детей.

#### Установление диагноза раннего врожденного сифилиса

необходимо проводить с учетом следующих **основных критериев**:

* обнаружения у ребенка клинических проявлений заболевания;
* обнаружения бледной трепонемы с помощью прямых лабораторных методов;
* положительных результатов серологических реакций у ребенка (кровь
* берут параллельно с  кровью матери, исследуют в  одних и  тех  же тестах,
* РМП/РПР и РПГА — в количественном варианте);
* наличия патологических изменений цереброспинальной жидкости;
* наличия рентгенологически установленных изменений длинных трубчатых костей;
* выявления макроскопических и  патоморфологических признаков изменения плаценты, пуповины, внутренних органов;
* выявления у матери манифестного или скрытого сифилиса, подтвержденного результатами прямых и/или серологических методов диагностики.

Необходимо помнить, что у новорожденных уровень антител в сыворотке низок, и  даже при явных клинических признаках раннего врожденного сифилиса некоторые серологические реакции могут быть отрицательными.

Серологические реакции могут оставаться **отрицательными** в  течение 4–12 недель жизни новорожденного, если он заразился в поздние сроки беременности. Вместе с тем, позитивные результаты серологических реакций могут быть следствием пассивного трансплацентарного транспорта материнских антител. Эти антитела в течение 3—6 месяцев после рождения исчезают, и серологические реакции постепенно негативируются.

**Если титр РМП/РПР с сывороткой** новорожденного в 4 и более раза выше титра этих реакций с сывороткой матери или если в течение первых 3 месяцев жизни ребенка наблюдается минимум четырехкратное увеличение титра

РМП/РПР по сравнению с исходным, это считается индикатором врожденного сифилиса. Однако такая ситуация наблюдается лишь у 30% детей с ранним врожденным сифилисом, поэтому отсутствие у ребенка титра НТТ, четырехкратно превышающего материнский, не  исключает врожденного сифилиса.

Специфические антитрепонемные IgM-антитела выявляют методами IgM-ИФА, IgM-ИБ, IgM-РИФ-абс лишь у 75—80% новорожденных с клинически манифестным ранним врожденным сифилисом. Поэтому отрицательные результаты IgM-тестов также не исключают врожденного сифилиса.

#### Поздний врожденный сифилис может быть установлен с учетом:

***клинических проявлений заболевания:***

— каждое из проявлений, входящих в триаду Гетчинсона, имеет диагностическое значение;

— вероятные признаки и  дистрофии (стигмы дисморфогенеза) учитываются в  сочетании с  достоверными или в  комплексе с  данными серологического обследования, анамнезом. Выявление только одних дистрофий, без каких-либо других признаков сифилиса не  позволяет подтвердить диагноз, так как дистрофии могут являться проявлением

других хронических заболеваний и интоксикаций у родителей (алкоголизм, токсоплазмоз, эндокринные заболевания и др.) и детей (туберкулез, рахит и др.), а также у практически здоровых людей.

* положительных результатов серологических реакций: НТТ позитивны у
* 70—80% больных, ТТ — у 92—100%;
* наличия у матери поздней формы сифилиса;
* анамнеза матери, в том числе акушерского, а также результатов обследования отца, других детей в данной семье.

Диагностика сифилитического поражения внутренних органов и  опорно-двигательного аппарата основана на клинических проявлениях, данных инструментальных исследований (рентгенологических, ультразвуковых, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии) и лабораторных исследований (серологических, патоморфологических).

#### Критерии диагностики раннего висцерального сифилиса:

* наличие у пациента серологически доказанного сифилиса;
* наличие клинической симптоматики поражения соответствующего органа;
* обнаружение при патоморфологическом исследовании биоптата лимфогистиоплазмоцитарной воспалительной инфильтрации и бледных трепонем (методами ИГХ, серебрения) — доказательство специфической природы поражения;
* положительная динамика процесса на фоне специфической терапии.

#### Критерии диагностики позднего висцерального сифилиса:

* наличие у пациента серологически доказанного сифилиса;
* наличие клинической симптоматики поражения соответствующего органа;
* обнаружение при патоморфологическом исследовании биоптата гранулематозного воспаления  — доказательство специфической природы поражения;
* положительная динамика процесса на фоне специфической терапии.

# 1.6.ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ.

#### Дифференциальную диагностику проводят:

**первичный сифилис**:

с эрозивным баланопоститом, генитальным герпесом, трихомониазом, шанкриформной пиодермией, раком кожи, мягким шанкром, венерической лимфогранулемой, донованозом, острой язвой вульвы Чаплина  — Липшютца, молниеносной гангреной половых органов, тромбофлебитами и флеболимфангитами половых органов;

**вторичный сифилис:**

пятнистые сифилиды  — с  острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов насекомых;

папулезные сифилиды  — с  каплевидным парапсориазом, красным плоским лишаем и псориазом;

при локализации папул на ладонях и подошвах — с псориазом, экземой, микозами стоп и кистей;

эрозивные папулы гениталий  — с  фолликулитами, контагиозным моллюском;

широкие кондиломы — с остроконечными кондиломами, вегетирующей пузырчаткой, геморроидальными узлами;

папуло-пустулезные сифилиды:

- угревидный  — с  вульгарными (юношескими) угрями, папулонекротическим туберкулезом кожи, узелковым аллергическим васкулитом, йодистыми или бромистыми угрями, масляными профессиональными фолликулитами;

- оспенновидный  — с  ветряной оспой;

- импетигоподобный  — с  вульгарным импетиго;

- сифилитическую эктиму  — с  эктимой вульгарной;

- сифилитические рупии — с псориазом;

везикулезный сифилид — с герпетическими высыпаниями; поражение слизистых оболочек — с лакунарной ангиной, дифтерией зева, ангиной Плаута — Венсана, красным плоским лишаем, лейкоплакией, красной волчанкой, кандидозом, многоформной эритемой, буллезным пемфигоидом, герпесом, истинной пузырчаткой, афтозным стоматитом, эксфолиативным глосситом;

сифилитическую лейкодерму  — с  отрубевидным лишаем, лейкодермой после разрешения других дерматозов (псориаз, парапсориаз и т. д.), витилиго;

сифилитическую алопецию — с диффузной алопецией неспецифической

этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопеладой Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой, красным плоским лишаем;

**третичный сифилис:**

бугорковый сифилид  — с  туберкулезной волчанкой, туберкулоидным типом лепры, конглобатными акне, кольцевидной гранулемой, базалиомой, саркоидозом Бенье — Бек — Шауманна, эктимой вульгарной, варикозными язвами голеней, кожным лейшманиозом, липоидным некробиозом, васкулитом узелковым некротическим, хронической язвенной пиодермией, псориазом;

гуммы  — со скрофулодермой, индуративным туберкулезом кожи, эктимой вульгарной, хронической язвенной пиодермией, спиноцеллюлярным раком, сифилитической эктимой, изъязвившейся базалиомой, лепроматозными узлами, варикозными язвами, узловатой

эритемой, васкулитом узловатым аллергическим, панникулитом узловатым лихорадочным Вебера  — Крисчена, лейшманиозом кожи, туберкулезными поражениями и  новообразованиями;

третичную розеолу  — с  различными эритемами (стойкой фигурной эритемой Венде, хронической мигрирующей эритемой Афцелиуса — Липшютца, центробежной кольцевидной эритемой Дарье), а также с пятнистыми высыпаниями при лепре;

**положительные результаты серологического обследования при скрытых формах сифилиса** — с ложноположительными серологическими реакциями на сифилис;

**нейросифилис**— с менингитами любой этиологии, нейросенсорной тугоухостью различного происхождения, гипертоническим кризом, миелитом иной этиологии, опухолью спинного мозга, тромбозами сосудов

спинного мозга, спинальной формой рассеянного склероза; психические

нарушения при прогрессирующем параличе  — с  неврастенией, маниакально-депрессивным психозом, шизофренией, атеросклерозом, старческим психозом, опухолью мозга (особенно лобных долей);

*неврологические расстройства при спинной сухотке* — с травмой головного и  спинного мозга, острыми инфекционными заболеваниями с  поражением нервной системы (брюшной тиф, грипп), длительной хронической интоксикацией (мышьяк, алкоголь); первичную табетическую атрофию зрительных нервов  — с  атрофиями зрительных нервов другой этиологии, чаще туберкулезной; гуммы  — с  новообразованиями головного и спинного мозга.

Консультации других специалистов рекомендованы в следующих случаях:

* офтальмолога, невролога, оториноларинголога — детям с подозрением на
* врожденный сифилис;
* офтальмолога и невролога — всем больным приобретенным сифилисом;
* при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и др. — консультации специалистов в соответствии с жалобами и/или патологическими изменениями при инструментальном обследовании.

# 1.7.ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ СИФИЛИСА

***Специфическое лечение*** проводят с  целью этиологического излечения

пациента путем создания трепонемоцидной концентрации антимикробного

препарата в крови и тканях, а при нейросифилисе — в ЦСЖ.

Превентивное лечение проводят с  целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев.

***Профилактическое лечение*** проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса:

а) беременным женщинам, лечившимся по поводу сифилиса до беременности, но у которых в нетрепонемных серологических тестах сохраняется позитивность;

б) беременным, которым специфическое лечение

сифилиса проводилось во время беременности;

в) новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной во время беременности матери (специфическое лечение начато после 32-й недели беременности, нарушение или изменение утвержденных схем лечения); г) новорожденным, матери которых, при наличии показаний во время

беременности, не получили профилактического лечения.

***Пробное лечение*** (лечение ex juvantibus) в  объеме специфического проводят при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата, когда диагноз не представляется возможным подтвердить убедительными серологическими и клиническими данными.

Общие замечания по терапии

Антибактериальными препаратами, рекомендованными для лечения сифилиса, являются:

Пенициллины:

* дюрантные: бициллин-1 (дибензилэтилендиаминовая соль бензилпени-
* циллина, иначе — бензатин бензилпенициллин), комбинированные: бициллин-5 (дибензилэтилендиаминовая и новокаиновая и натриевая соли
* пенициллина в соотношении 4:1);
* средней дюрантности: бензилпенициллина новокаиновая соль;
* водорастворимый: бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая;
* полусинтетические: ампициллина натриевая соль, оксациллина натриевая соль.

Тетрациклины: доксициклин.

Макролиды: эритромицин.

Цефалоспорины: цефтриаксон.

**!!!Препаратом выбора для лечения сифилиса является бензилпенициллин.**

Лечение больных **висцеральным сифилисом** рекомендовано проводить

в условиях стационара — дерматовенерологического или терапевтического/

кардиологического с  учетом тяжести поражения. Лечение проводится дерматовенерологом, назначающим специфическое лечение, совместно с  терапевтом/кардиологом, рекомендующим сопутствующую и симптоматическую терапию.

Лечение пациентов с  клинически **манифестными формами нейросифилиса** проводится в условиях неврологического/психиатрического стационара в связи с необходимостью активного участия невролога/психиатра в лечении и наблюдении пациента, тяжестью его состояния и вероятностью усугубления или появления неврологической симптоматики на фоне антибактериальной терапии. Специфическое лечение назначается дерматовенерологом.

Пациенты **с  асимптомными формами нейросифилиса** могут получать в  полном объеме медицинскую помощь в  условиях дерматовенерологического стационара. Вопрос о  подготовительной и симптоматической терапии решается совместно дерматовенерологом, невропатологом, психиатром и, при необходимости, окулистом.

Показания к госпитализации:

* подозрение на наличие или установленный диагноз нейросифилиса;
* подозрение на наличие или установленный диагноз кардиоваскулярного сифилиса и других висцеральных поражений;
* сифилитическое поражение опорно-двигательного аппарата;
* поздний скрытый и неуточненный сифилис;
* третичный сифилис;
* сифилис у беременных;
* врожденный и приобретенный сифилис у детей;
* все формы заболевания, подлежащие лечению с использованием водорастворимого пенициллина;
* указание в анамнезе на непереносимость антибактериальных препаратов;
* сопутствующая ВИЧ-инфекция;
* работники эпидемиологически значимых профессий (перечисленных в Приказе Минздравсоцразвития РФ No 302н от 12.04.2011 г.), которые могут явиться источниками распространения сифилиса в связи с особенностями производства или выполняемой ими работы (услуги);
* все формы заболевания при отсутствии на территории проживания больного возможности оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи;
* лица без определенного места жительства.

Схемы лечения

Превентивное лечение

* бициллин-5 (В) 1,5  млн ЕД 2 раза в  неделю внутримышечно, на курс 2 инъекции или
* бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600  тыс. ЕД 2 раза в  сутки внутримышечно в течение 7 суток.

Предпочтительным является однократное введение дюрантного пенициллина (бензатин бензилпенициллина): неудач лечения не  описано, в то же время он обладает наибольшей комплаентностью:

* бициллин-1 (А) 2,4  млн ЕД внутримышечно однократно (препарат вводится по 1,2  млн. ЕД в  каждую большую ягодичную мышцу, разводится 1% р-ром лидокаина).

Лечение больных первичным сифилисом

* бициллин-1 (А) 2,4  млн ЕД 1 раз в  5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции, или
* бициллин-5 (В) 1,5  млн ЕД 2 раза в  неделю внутримышечно, на курс 5 инъекций, или
* бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600  тыс. ЕД 2 раза в  сутки внутримышечно в течение 14 суток,или
* бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 14 суток.

!!!**Препарат выбора — дюрантный пенициллин (бензатин бензилпенициллин), как наиболее удобный в  применении.**

Лечение больных вторичным и ранним скрытым сифилисом

* бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600  тыс. ЕД 2 раза в  сутки внутримышечно в течение 28 дней, или
* бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток , или
* бициллин-1 (А) 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций (для вторичного сифилиса), у больных с  давностью заболевания более 6  месяцев рекомендуется использовать бензилпенициллина новокаиновую соль или бензилпенициллина натриевую соль кристаллическую.

Лечение больных третичным, скрытым поздним

и скрытым неуточненным сифилисом

* бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1  млн ЕД каждые 4  часа (6 раз в  сутки) внутримышечно в  течение 28 суток, через 2  недели  — второй курс лечения бензилпенициллина натриевой солью кристаллической в аналогичных дозах в течение 14 суток, либо одним из препаратов «средней» дюрантности (бензилпенициллина новокаиновая соль) или
* бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600  тыс. ЕД 2 раза в  сутки внутримышечно в течение 28 суток, через 2 недели — второй курс лечения бензилпенициллина новокаиновой солью в  аналогичной дозе в  течение 14 суток.

Лечение больных ранним висцеральным сифилисом

* бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток или
* бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600  тыс. ЕД 2 раза в  сутки
* внутримышечно в течение 28 суток .

Лечение больных поздним висцеральным сифилисом

Лечение начинают с  2-недельной подготовки антибактериальными препаратами широкого спектра действия (доксициклин, эритромицин). Затем переходят к  пенициллинотерапии:

* бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 1 млн ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 дней, через 2 недели  — второй курс лечения бензилпенициллина натриевой солью кристаллической в аналогичной дозе в течение 14 суток или
* бензилпенициллина новокаиновая соль 600  тыс. ЕД 2 раза в  сутки внутримышечно в течение 28 дней, через 2 недели — второй курс лечения
* бензилпенициллина новокаиновой солью в  аналогичной дозе в  течение 14 суток

Лечение больных ранним нейросифилисом

* бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 12 млн ЕД 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 20 суток. Разовую дозу препарата разводят в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно в течение 1,5—2 часов. Растворы используют сразу после приготовления. По окончании курса внутривенных инъекций — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2,4 млн. ЕД

или

* бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 4 млн ЕД 6 раз в сутки внутривенно струйно в течение 20 суток. Разовую дозу препарата разводят в  10  мл изотонического раствора натрия хлорида и  вводят внутривенно медленно в течение 3—5 минут в локтевую вену. По окончании курса внутривенных инъекций — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2,4 млн ЕД.

Для предотвращения реакции обострения (в виде появления или усугубления неврологической симптоматики) в  первые 3 дня пенициллинотерапии рекомендовано принимать преднизолон в снижающейся суточной дозе

90–60–30 мг (однократно утром).

Лечение больных поздним нейросифилисом

* бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 12  млн ЕД 2 раза в  сутки внутривенно капельно в  течение 20 суток. По окончании 20-дневного курса внутривенных инъекций  — 1 инъекция бициллина-1 в дозе 2,4 млн ЕД. Через 2 недели после инъекции бициллина-1 проводят второй курс лечения по аналогичной схеме или
* бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d) 4 млн ЕД 6 раз в сутки внутривенно струйно в течение 20 суток. По окончании 20-дневного курса внутривенных инъекций  — 1 инъекция бициллина-1 в  дозе 2,4  млн ЕД 1 раз в  5 дней. Через 2 недели после инъекции бициллина-1 проводят второй курс лечения по аналогичной схеме.

У больных прогрессирующим параличом для предотвращения обострения психотической симптоматики на фоне специфического лечения в начале терапии показано использование преднизолона в указанных выше дозах.

При гуммах головного и  спинного мозга рекомендовано применение преднизолона параллельно с пенициллинотерапией в течение всего первого курса лечения; использование преднизолона может на несколько дней предшествовать началу антибактериальной терапии, что способствует регрессу клинических симптомов заболевания.

Ожидаемые побочные эффекты и осложнения противосифилитической терапии

Пациентов следует предупредить о возможной реакции организма на лечение. В медицинских организациях, где проводится терапия, должны быть средства для оказания неотложной помощи.

1) Реакция обострения (Яриша — Герксгеймера).

Реакция обострения наблюдается у 30% больных ранним сифилисом.

У  большинства пациентов клинические проявления реакции обострения начинаются через 2—4  часа после первого введения антибактериального препарата, достигают максимальной выраженности через 5—7  часов, в  течение 12—24  часов состояние нормализуется. Основными клиническими симптомами являются озноб и  резкое повышение температуры тела (до 39 °С, иногда выше). Другими симптомами реакции являются общее недомогание, головная боль, тошнота, боль в мышцах, суставах, тахикардия, учащение дыхания, снижение артериального давления, лейкоцитоз. При вторичном сифилисе розеолезные и  папулезные высыпания становятся более

многочисленными, яркими, отечными, иногда элементы сливаются за счет обилия (так называемая местная реакция обострения). В некоторых случаях на фоне реакции обострения вторичные сифилиды впервые появляются на местах, где их не было до начала лечения.

Изредка у больных могут развиться психоз, инсульт, судорожный синдром, печеночная недостаточность.

Быстро преходящая реакция обострения обычно не  требует никакого

специального лечения. Однако развития выраженной реакции обострения

следует избегать:

* при лечении беременных, так как она может спровоцировать преждевременные роды, токсические нарушения у плода и мертворождение;
* у больных нейросифилисом, так как реакция обострения может спровоцировать прогредиентное развитие неврологической симптоматики;
* у больных с поражением органа зрения;
* у больных висцеральным сифилисом, особенно сифилитическим мезаортитом.

Высокая лихорадка и  выраженный интоксикационный синдром может

представлять опасность у больных с хронической патологией сердечно-сосудистой системы, тяжелыми соматическими заболеваниями в  стадии декомпенсации. Чтобы избежать реакции обострения, рекомендуется в  первые 3 дня пенициллинотерапии назначать перорально или внутримышечно преднизолон 60—90 мг в сутки (однократно утром) или в снижающейся дозировке — 75—50—25 мг в сутки.

2. Реакция на внутримышечное введение пролонгированных препаратов пени-

циллина (синдром Хайна).

Может возникнуть после любой инъекции препарата. Характеризуется головокружением, шумом в ушах, страхом смерти, бледностью, парестезиями, нарушением зрения, повышенным артериальным давлением, могут быть кратковременная потеря сознания, галлюцинации или судороги сразу после инъекции. Длится в пределах 20 минут. Симптомы могут быть выражены в разной степени — от легкой до тяжелой.

Реакцию дифференцируют с анафилактическим шоком, при котором наблюдается резкое снижение артериального давления.

Лечение:

1) полный покой, тишина, горизонтальное положение тела пациента;

2) преднизолон 60–90 мг или дексаметазон 4–8 мг внутривенно или внутримышечно;

3) супрастин или димедрол 1 мл 1% раствора внутримышечно;

4) при повышенном артериальном давлении — папаверин 2 мл 2% раствора и дибазол 2 мл 1% раствор внутримышечно.

При необходимости показана консультация психиатра и использование седативных и антипсихотических средств.

**3. Синдром Николау** — симптомокомплекс осложнений после внутриарте-

риального введения дюрантных препаратов пенициллина или других препа-

ратов с кристаллической структурой.

Характеризуется внезапной ишемией на месте инъекции, развитием бо-

лезненных синюшных неравномерных пятен (ливедо) с последующим обра-

зованием пузырей и некрозом кожи, в отдельных случаях развивается вялый

паралич конечности, в артерию которой был введен препарат, в редких слу-

чаях — поперечный паралич. В качестве отдаленных осложнений наблюда-

ются макрогематурия и кровавый стул. В крови — лейкоцитоз. До настоя-

щего времени случаи отмечены только в детской практике.

4. **Нейротоксичность** — судороги (чаще у детей), при применении высо-

ких доз пенициллина, особенно при почечной недостаточности.

5. **Нарушения электролитного баланса** — у пациентов с сердечной недо-

статочностью при введении больших доз натриевой соли бензилпеницил-

лина возможно усиление отеков (1 млн. ЕД препарата содержит 2,0 ммоль

натрия).

6. **Аллергические реакции** — токсикодермия, крапивница, отек Квинке, го-

ловная боль, лихорадка, боли в суставах, эозинофилия и др. — при введении

пенициллина возникают у от 5 до 10% больных. Наиболее опасным осложне-

нием является анафилактический шок, дающий до 10% летальности.

7. **Анафилактический шок** характеризуется страхом наступающей смерти,

чувством жара во всем теле, потерей сознания, бледностью кожи, холодным

липким потом, заостренными чертами лица, частым поверхностным дыха-

нием, нитевидным пульсом, низким артериальным давлением.

Лечение:

1) адреналин 0,5 мл 0,1% раствор ввести в место инъекции препарата;

2) адреналин 0,5 мл 0,1% раствор внутривенно или внутримышечно; 3) преднизолон 60–90 мг или дексаметазон 4–8 мг внутривенно или внутримышечно;

4) супрастин или димедрол 1 мл 1% раствор внутримышечно,

5) кальция глюконат 10 мл 10% раствор внутримышечно, при затруднении дыхания — эуфиллин 10 мл 2,4% раствор внутривенно медленно.

**Противопоказания к назначению препаратов группы пенициллина**

1. Непереносимость бензилпенициллина, его пролонгированных препаратов и полусинтетических производных.

2. Пролонгированные препараты пенициллина следует назначать с осторожностью больным тяжелой формой гипертонической болезни, перенесшим в  прошлом инфаркт миокарда, при заболевании желез внутренней секреции, при острых желудочно-кишечных заболеваниях, активном туберкулезе, при заболеваниях кроветворной системы.

#### Особые ситуации лечения

Лечение беременных

В настоящее время в связи с наличием эффективных и краткосрочных методов лечения выявление сифилиса не является медицинским показанием для прерывания беременности. Решение о сохранении или прерывании беременности принимает женщина.

Роль врача состоит в проведении своевременного адекватного лечения (должно быть начато до 32-й недели беременности и проведено препаратами пенициллина средней дюрантности, натриевой солью пенициллина, полусинтетическими пенициллинами или цефтриаксоном) и оказании психологической поддержки беременной.

Специфическое лечение беременных, вне зависимости от сроков гестации, проводят бензилпенициллина натриевой солью кристаллической или препаратами «средней» дюрантности (бензилпенициллина новокаиновая соль) также, как лечение небеременных, по одной из предлагаемых в настоящих рекомендациях методик, в соответствии с установленным диагнозом. Профилактическое лечение проводится начиная с 20-й недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении — непосредственно

вслед за ним. Препараты, разовые дозы и кратность введения соответствуют таковым при специфическом лечении. Длительность профилактической терапии составляет 10 дней, а если имеются сведения о неполноценности проведенного специфического лечения, то профилактическое лечение должно продолжаться 20 дней (как дополнительное).

При установлении беременной диагноза «поздний сифилис или сифилис неуточненный, как ранний или поздний» второй курс специфического лечения, который, как правило, проводят в сроки 20 и более недель беременности, следует считать за профилактическое лечение. В случаях проведения в полном объеме адекватного специфического и профилактического лечения родоразрешение может происходить в роддоме общего профиля на общих основаниях. Ребенок, родившийся без признаков врожденного сифилиса от женщины, получившей полноценную специфическую и профилактическую терапию, в лечении не нуждается.

Лечение детей

Специфическое лечение детей, больных ранним врожденным сифилисом

**бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (d):**

детям в возрасте до 1 месяца — 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 4 инъекции (каждые 6 часов), внутримышечно;

детям в возрасте от 1 до 6 месяцев — 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 6 инъекций (каждые 4 часа), внутримышечно;

детям в возрасте старше 6 месяцев — 75 тыс.ЕД на кг массы тела в сутки внутримышечно;

детям в возрасте старше 1 года — 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки внутримышечно:

— в течение 20 суток при скрытом раннем врожденном сифилисе;

— в течение 28 суток — при манифестном раннем врожденном сифилисе, в том числе при поражении центральной нервной системы, подтвержденном положительными серологическими реакциями ликвора.

В случае отказа матери от проведения люмбальной пункции ребенку курс

лечения также должен составлять 28 дней или

**бензилпенициллина новокаиновая соль (d) 50 тыс**. ЕД на кг массы тела

в сутки, разделенные на 2 инъекции (каждые 12 часов), внутримышечно

в течение 28 суток; через 2 недели — второй курс лечения бензилпенициллина новокаиновой солью в аналогичной дозе в течение 14 суток

При указании на наличие аллергических реакций на пенициллин:

**цефтриаксон (d)** детям в  возрасте от 2 до 12 лет назначают в  дозе 80  мг

на кг массы тела в сутки в два введения, детям в возрасте старше 12 лет —

в дозе 1—2 г в сутки. При манифестном или скрытом позднем врожденном сифилисе продолжительность первого курса лечения  — 28 суток;

через 2 недели проводят второй курс лечения цефтриаксоном в аналогичной дозе в течение 14 суток.

Специфическое лечение приобретенного сифилиса у детей проводится по методике лечения взрослых в  соответствии с  диагнозом, исходя из возрастных доз антибактериальных препаратов с учетом того, что отечественные бициллины противопоказаны детям в возрасте до 2 лет, а тетрациклины — детям в возрасте до 8 лет.

Расчет препаратов пенициллина для лечения детей проводится в соответствии с массой тела ребенка: в возрасте до 6 месяцев натриевую соль пенициллина применяют из расчета 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, в возрасте старше 6 месяцев — из расчета 75 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки и в возрасте старше 1 года — из расчета 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки.

Суточную дозу новокаиновой соли пенициллина и разовую дозу дюрантных препаратов применяют из расчета 50 тыс. ЕД на кг массы тела.

Суточная доза делится на 6 равных разовых доз для водорастворимого пенициллина и на две дозы для новокаиновой его соли.

Учитывая анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у новорожденных и детей первого месяца жизни допустимо уменьшение кратности введения пенициллина до 4 раз в  сутки. Во избежание токсической реакции вследствие массовой гибели бледных трепонем после первых введений пенициллина (реакция обострения Герксгеймера  — Яриша  — Лукашевича) в  первые сутки лечения разовая доза пенициллина не должна превышать 5000 ЕД на инъекцию. После каждой инъекции в первые сутки необходима контрольная термометрия и наблюдение за соматическим состоянием ребенка.

Превентивное лечение показано всем детям до 3 лет. Для детей более

старшего возраста вопрос о лечении решается индивидуально с учетом формы сифилиса у контактного взрослого, локализации высыпаний, степени

контакта ребенка с больным.

Проводится по методике превентивного лечения взрослых, исходя из возрастных доз антибактериальных препаратов.

Профилактическое лечение детей

Профилактическое лечение показано новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной во время беременности матери (специфическое лечение начато после 32-й недели беременности с нарушением или изменением утвержденных схем лечения), а также новорожденным, мать которых при наличии показаний во время беременности не получила профилактического лечения.

Препараты, разовые дозы и  кратность введения соответствуют таковым при специфическом лечении.

Длительность терапии новорожденных, мать которых при наличии показаний во время беременности не  получила профилактического лечения или получила неадекватное лечение, составляет 10 суток, новорожденных, родившихся без проявлений сифилиса, от нелеченной матери — 20 суток.

Детям, родившимся от матерей, получивших адекватное специфическое лечение до наступления беременности и профилактическое лечение в период беременности, у которых к моменту родов сохраняются позитивные НТТ со стойко низкими титрами (РМП <1:2, РПР <1:4), профилактическое лечение не показано, если НТТ у ребенка отрицательны, либо их титры не превышают титров НТТ у матери.

Адекватным лечением матери следует считать документально подтвержденную терапию, проведенную в медицинском учреждении в соответствии с  клинической формой и  продолжительностью сифилиса, со строгим соблюдением разовых и  курсовых дозировок и  кратности введения антибактериальных препаратов.

Лечение сифилиса при указании на непереносимость

препаратов пенициллина

При указании на наличие аллергических реакций на пенициллин используют препараты резерва:

**цефтриаксон (С)**

— для превентивного лечения — 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно ежедневно в течение 5 суток;

— для лечения первичного сифилиса — 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 14 суток;

— для лечения вторичного и  раннего скрытого сифилиса  — 1,0  г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 28 суток;

— для лечения поздних форм сифилиса — 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 28 суток и через 2 недели второй курс препарата в аналогичной дозе в течение 14 суток;

— для лечения раннего нейросифилиса — 2,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 20 суток, в тяжелых случаях (сифилитический менингоэнцефалит, острый генерализованный менингит) возможно внутривенное применение препарата  увеличение суточной дозы до 4 г;

— для лечения позднего нейросифилиса проводят два курса лечения по аналогичной схеме с интервалом между курсами 2 недели.

Схемы лечения сифилиса цефтриаксоном разрабатывались на основании изучения фармакокинетики оригинального цефтриаксона. Исследований по изучению эффективности большинства генерических препаратов цефтриаксона не  проводилось. Данные по эквивалентности (фармацевтической, фармакокинетической, терапевтической) генерических препаратов цефтриаксона и оригинального препарата, без исследования которой неприемлемо заменять один лекарственный препарат другим, отсутствуют,

или

**доксициклин (С)** 0,1  г 2 раза в  сутки перорально в  течение 10 суток для

превентивного лечения; 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 20 суток — для лечения первичного сифилиса; 0,1 г 2 раза в сутки перорально в течение 28 суток — для лечения вторичного и раннего скрытого сифилиса или

**эритромицин (d)** 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 10 суток для

превентивного лечения; 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 20 суток для лечения первичного сифилиса; 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 28 суток для лечения вторичного и раннего скрытого сифилиса или

**оксациллина натриевая соль или ампициллина натриевая соль (d)** 1 млн ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 10 суток для превентивного лечения; 1 млн ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 20 суток — для лечения первичного сифилиса; 1 млн ЕД 4 раза в сутки (каждые 6 часов) внутримышечно в течение 28 суток для лечения вторичного и раннего скрытого сифилиса .

Для беременных с  непереносимостью пенициллина (в том числе полусинтетического) и  цефтриаксона, в  связи с  противопоказанием к  препаратам тетрациклинового ряда, рекомендуется назначение эритромицина.

Однако ребенка после рождения необходимо пролечить пенициллином, поскольку эритромицин не проникает через плаценту.

#### Требования к результатам лечения (серологические критерии эффективности терапии сифилиса)

1. Негативация неспецифических серологических реакций — РМП (РПР,

VdRL) — или снижение титра антител в 4 и более раза (на 2 разведения сыворотки) в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии по

поводу ранних форм сифилиса.

2. Негативация РИБТ (обычно не ранее, чем через 2—3 года после окончания лечения).

Негативация РИФ, ИФА, РПГА наблюдается исключительно редко. Сохранение положительных РИФ, ИФА и  РПГА при отрицательных НТТ у

человека, перенесшего сифилис, не рассматривается как неудача терапии.

Критериями эффективности лечения нейросифилиса являются:

1) нормализация плеоцитоза в течение 6 месяцев после окончания терапии;

2) исчезновение из сыворотки специфических IgM и антител к кардиолипинам в течение 6—12 месяцев после окончания терапии. Иногда продукция указанных антител может продолжаться более года, тогда важно учитывать динамику снижения титров;

3) отсутствие новых неврологических симптомов и нарастания имеющейся неврологической симптоматики.

Критерии неэффективности лечения сифилиса

1. Сохранение или рецидив клинических проявлений (клинический рецидив).

2. Устойчивое повышение в  4 раза и  более по сравнению с  исходными значениями титра неспецифических серологических реакций.

3. Повторная позитивация НТТ после периода временной негативации при отсутствии данных за реинфекцию (серологический рецидив).

4. Стойкое сохранение положительных НТТ без тенденции к снижению титров антител в  течение 12  месяцев после окончания специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса (серологическая резистентность).

Если в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса постепенно снижается позитивность НТТ и/или титр антител (не менее чем в 4 раза), но полной негативации НТТ не наблюдается, констатируют замедленную негативацию НТТ. Клинико-серологическое наблюдение за такими пациентами продлевают до 2 лет, после чего решают вопрос о целесообразности назначения дополнительного лечения.

Дополнительное лечение

Дополнительное лечение назначается в следующих случаях:

* если через год после полноценного лечения ранних форм сифилиса не произошло 4-кратного снижения титра РМП/РПР;
* если через 1,5 года после полноценного лечения ранних форм сифилиса нет тенденции к  дальнейшему снижению титров/степени позитивности РМП/РПР;
* если через 2  года после полноценного лечения ранних форм сифилиса не произошло полной негативации РМП/РПР;
* если через 6 месяцев после полноценного лечения раннего врожденного сифилиса не произошло 4-кратного снижения титра РМП/РПР.

Перед дополнительным лечением показано проведение повторного обследования пациентов врачами-специалистами (дерматовенеролог, офтальмолог, невролог, терапевт, оториноларинголог) и исследование ЦСЖ, даже при отсутствии клинической неврологической симптоматики.

При отсутствии специфической патологии нервной системы и  внутренних органов дополнительное лечение проводится, как правило, однократно/двукратно следующими препаратами:

**бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (С)** 1 млн. ЕД 6 раз

в сутки (каждые 4 часа) внутримышечно в течение 28 суток [15], или

**бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В)** 12  млн. ЕД

2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 14 суток [4, 35, 36]. В связи

с  необходимостью поддержания трепонемоцидной концентрации пенициллина в течение не менее 4 недель, по окончании курса терапии следует

выполнить 3 инъекции бициллина-1 в дозе 2,4 млн. ЕД внутримышечно

1 раз в 5 дней, или

**цефтриаксон (d)** 1,0 г 2 раза в сутки внутримышечно в течение 20 суток .

Дополнительное лечение у детей проводится по методике лечения взрослых исходя из возрастных доз антибактериальных препаратов.

Показания для проведения дополнительного курса терапии после лечения нейросифилиса:

* количество клеток не возвращается к норме в течение 6 месяцев или, вернувшись к норме, вновь увеличивается;
* в течение 1  года не  происходит снижения позитивности РМП/РПР в ЦСЖ;
* в течение 2 лет не происходит существенного снижения содержания белка в ЦСЖ.

Дополнительное лечение в этом случае проводится по методикам лечения нейросифилиса.

Уровень белка в ЦСЖ изменяется медленнее, чем цитоз и серологические реакции, и иногда требуется до 2 лет для его нормализации. Сохранение повышенного, но снижающегося уровня белка при нормальных показателях цитоза и отрицательных результатах серологических тестов не служит показанием для проведения дополнительного курса терапии.

# 1.8. ПРОФИЛАКТИКА СИФИЛИСА: ВИДЫ И СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ.

**Профилактика сифилиса включает:**

санитарно-просветительскую работу;

скрининговое обследование определенных групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования, либо тех групп, в  которых заболевание ведет к  опасным социальным и  медицинским последствиям, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением.

Профилактика врожденного сифилиса осуществляется антенатально и постнатально.

**Антенатальная профилактика включает:**

работу со здоровыми людьми, предоставление информации о возможности внутриутробной передачи сифилиса и необходимости раннего начала дородового наблюдения;

трехкратное серологическое обследование беременных (при обращении в женскую консультацию, на сроке 28–30 недель и за 2–3 недели до родов);

при выявлении сифилиса — адекватное специфическое и профилактическое лечение.

Постнатальная профилактика врожденного сифилиса заключается в профилактическом лечении детей.

Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов).

После случайного незащищенного полового контакта может быть осуществлена самостоятельно с  помощью индивидуальных профилактических средств (хлоргексидина биглюконат, мирамистин).

**Ведение контактных лиц**

- Лицам, находившимся в  половом или тесном бытовом контакте с  больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение по одной из вышеуказанных методик.

- Лицам, у которых с  момента контакта с  больным ранним сифилисом прошло от 2 до 4  месяцев, проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико-серологическое обследование.

- Превентивное лечение реципиента, которому перелита кровь больного сифилисом, проводят по одной из методик, рекомендуемых для лечения первичного сифилиса, если с  момента трансфузии прошло не  более 3  месяцев; если этот срок составил от 3 до 6  месяцев, то реципиент подлежит клинико-серологическому контролю дважды с  интервалом в 2 месяца; если после переливания крови прошло более 6 месяцев, то проводится однократное клинико-серологическое обследование.

**Клинико-серологический контроль**

Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после окончания лечения.

Клинико-серологический контроль (КСК) после окончания специфического лечения осуществляется 1 раз в  3  месяца в  течение первого года наблюдения и 1 раз в 6 месяцев в последующие годы с постановкой нетрепонемных тестов, 1 раз в год — с постановкой соответствующего трепонемного теста, который использовался при диагностике заболевания.

Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты РМП/РПР, должны находиться на КСК до негативации серологических нетрепонемных тестов, а  затем еще в  течение 6–12  месяцев (в  течение которых необходимо провести 2 обследования). Длительность КСК определяется индивидуально в зависимости от результатов лечения.

Больные поздними формами сифилиса, у которых результаты нетрепонемных тестов после лечения нередко остаются положительными, должны находиться на КСК не менее 3 лет. Решение о снятии с учета или продлении контроля принимается индивидуально.

Больные нейросифилисом независимо от стадии должны находиться на КСК не менее 3 лет с обязательным контролем состава ЦСЖ 1 раз в 6–12 месяцев. Сохранение патологических изменений (с учетом нетрепонемных тестов) является показанием к дополнительному лечению.

Стойкая нормализация состава ЦСЖ, даже при сохранении остаточных клинических проявлений, является показанием к снятию с учета.

Дети, родившиеся от серопозитивных матерей, но не болевшие врожденным сифилисом, вне зависимости от того, получали они профилактическое лечение или нет, подлежат наблюдению в  течение 1  года. Первое клинико-серологическое обследование проводится в  возрасте 3  месяцев и  включает осмотр педиатра, консультации невропатолога, окулиста, отоларинголога, комплексное серологическое обследование. Если результаты серологического обследования отрицательные и клинические симптомы заболевания отсутствуют, обследование повторяют перед снятием с учета в возрасте 1 года. В иных случаях обследование проводят в 6-, 9- и 12-месячном возрасте.

Дети, получавшие специфическое лечение, состоят на КСК в течение 3 лет.

При возникновении клинического или серологического рецидива, а также в случаях сохранения стойкой позитивности или замедленной негативации серологических реакций показаны консультации терапевта, невролога,

офтальмолога, отоларинголога, спинномозговая пункция, клинико-серологическое обследование полового партнера. Лечение проводят по методикам, указанным в разделе «Дополнительное лечение».

**Снятие с учета**

- По окончании срока наблюдения проводят полное клинико-серологическое обследование, включающее РМП (или аналоги), РПГА, ИФА, при необходимости РИБТ, РИФ и консультации терапевта/педиатра, невролога, офтальмолога, отоларинголога.

- К работе в  детских учреждениях, на предприятиях общественного питания допускаются лица, получившие полноценный курс специфического лечения по поводу сифилиса, после регресса клинических симптомов заболевания (при наличии манифестной формы сифилиса).

- Дети, получающие специфическое лечение по поводу сифилиса, могут посещать детское учреждение после исчезновения клинических проявлений и завершения курса специфического лечения.

**Пациенты с  положительными результатами нетрепонемных тестов могут**

**быть сняты с учета при соблюдении следующих условий:**

1) полноценное специфическое лечение;

2) КСК не менее 3 лет;

3) благоприятные результаты исследования ЦСЖ перед снятием с учета;

4) отсутствие специфической клинической патологии по консультациям специалистов (невролога, офтальмолога, отоларинголога, терапевта/педиатра); 5) отсутствие подозрения на кардиоваскулярный сифилис при ультразвуковом исследовании сердца и аорты.

# ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ.

**Задача №1.**

К врачу обратился мужчина,56 лет. При прохождении обследования в поликлинике по месту жительства выявлена положительная реакция ИФА крови на сифилис. Со слов пациента, 30 лет назад проходил курс лечения по сифилису. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

:

У пациента отмечается отрицательный результат нетрепонемного теста и положительный результат ИФА с высокой степенью активности КП.

Из данных дополнительного обследования известно:

УЗИ ОГК-скопление жидкости в плевральных полостях обеих сторон.

ЭХОКГ-дилатация левых отделов сердца с нарушением сократимости миокарда ЛЖ,кальциноз АК и МК с регургитацией,атеросклероз аорты.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Констультацию каких смежных специалистов нужно провести?
3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Кардиоваскулярный сифилис.

2. Кардиолог,терапевт.

3. Подать извещение во изменение диагноза «сифилис».

Взять пациета на «Д» учет и провести специфическое лечение в кардиологическом или терапевтическом отделении многопрофильной больницы в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. При совместном ведении кардиолога(терапевта) и дерматолога.

**Задача №2.**

При прохождении медицинского осмотра в ООО «Здоровье», у пациентки Н.В.,56 лет выявлена положительная реакция ИФА крови на сифилис. Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

У пациента отмечается отрицательный результат нетрепонемного теста,положительный результат ИФА. Из данных дополнительного обследования известно:

КТ головного мозга- Признаки выраженной гидроцефалгии. ДЭП 2ст., с вазомоторной цефалгией,выраженная гидроцефал.ия.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Ваша тактика.

3. Нужна ли консультация смежного специалиста?

4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

Ответы.

1. Сифилис скрытый неуточненный, как ранний или поздний.

2. Подать извещение и взять пациентку на «Д» учет. Провести специфическое лечение в стационарном отделении КВД, в соотвествии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

3. Невролог, исключить нейросифилис.

4. РПГА, РИФ.

**Задача №3.**

Пациент А.Н.,43 года. Из анамнеза известно, что 20 лет назад прошел курс лечения по сифилису и в дальнейшем был снят с диспансерного учета. В начале октября, во время обследования получил положительный результат крови на РМП.

У пациента отмечается резкоположительный результат нетрепонемного теста, положительный ИФА с высокой активностью КП. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Из данных дополнительного обследования известно:

ЭХОКГ-диффузные изменения миокарда ЛЖ.

УЗИ-УЗ признаки диффузных изменений печени,поджелудочной железы.

При проведении консультации кардиологом, выявлена аневризма грудного отдела аорты,умеренная недостаточность АК.ИБС.Атеросклероз коронарных артерий.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис Сердечно-сосудистой системы.

2. Подать извещение и взять пациента на «Д» учет. Провести специфическое лечение в кардиологическом или терапевтическом отделении многопрофильной больницы в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. При совместном ведении кардиолога(терапевта) и дерматолога.

**Задача №4.**

У пациента К.В, в неврологическом отделении после эпиприступа выявлена положительная реакция ИФА на сифилис. Из анамнеза известно, что 2 года назад имел половой контакт со случайной знакомой без предохранения. Кожные покровы и слизистые без высыпаний,физиологической окраски.

В результатах последних серологических исследований, отмечается положительный результат РМП,резкоположительные результаты РИФц и РПГА,положительный результат ИФА.

Проведена констультация смежных специалистов:

Окулист-ангиопатия сосудов сетчатки

ЛОР-Хронический тонзиллофарингит.

Психиатр-тревожно-депрессивное расттройство

Кардиолог-ВСД по гипертоническому типу

УЗИ сердца без патологии

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.

Ответ.

1. Поздний нейросифилис с симптомами

2. Подать извещение и взять пациента на «Д» учет. Провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК . При совместном ведении невролога и дерматолога.

**Задача №5.**

У пациентка Э.В.,1973 года рождения,при прохождении лечения в отделении обсервации, выявлен положительный результат крови на сифилис. Пациентка направлена на консилиум в ККВД г.Краснодар для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики ведения.

Из анамнеза известно, что с 28.01.18-29.01.18 проходила лечение в обсервации ПЦ ККБ №» по беременности, но самовольно покинула стационар. 03.02.18г повторно госпитализирована, роды первые срочные, взята кровь из пуповины и кровь матери.

В результатах последних серологических исследований, отмечается положительные результаты нетрепонемного теста,положительные результаты ИФА, с низкими значениями КП,стойко положительные РИФ,положительные результаты РПГА.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести новорожденному?

Ответ.

1. Сифилис скрытый неуточненный, как ранний или позний.

2. Подать извещение Ф-089\У.Обследовать полового партнера. Провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК . Новорожденного обследовать согласно приказу №291 МЗ РФ и провести профилактическое лечение по схеме раннего врожденного сифилиса 20 дней.

3. Провести новорожденному: консультации невролога,неонатолога, ЛОР-врача, рентгенограмму длинных трубчатых костей.

**Задача №6**

Пациент Ч.А., находится в отделении недоношенных детей с диагнозом врожденна пневмония,ДН 1ст.,перинатальное поражение ЦНС.Перинатальный контакст по гепатиту С. Родился от матери с диагнозом сифилис скрытый неуточненный. Во время беременности не дообследована. ЦСЖ не проведена из-за малого количества СМЖ.

ЛОР патологии не выявлено. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют. Получает профилактическое лечение цефтриаксоном в СД 50 мг/кг массы тела в/в.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

Ответ.

1. Перинатальный контакт с матерью больной сифилисом.

2. Продолжить специфическое лечение по схеме раннего врожденного до 28 дней. Дальнейший КСК в течении года с дообследованием СМЖ через 6 месяцев.

3. R-графия длинных трубчатых костей,консультация неонатолга, невролога, исследование СМЖ.

**Задача №7.**

У пациентки К.К.,25 лет в женской консультации при обследовании по поводу беременности в сроке 35 недель, выявлен положительный результат ИФА крови на

В результатах последних серологических исследований, отмечается положительные результаты нетрепонемного теста, колеблющиеся результаты ИФА, от неопределенного до отрицательного, стойко отрицательные результаты РИФ и РПГА. У мужа пациентки отрицательные результаты серологических исследований крови на сифилис.

Обнаруженны антитела к ЦМВ и вирусу краснухи.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести новорожденному?
4. При каких сопутствующих патологиях,могут быть ложноположительные реакции на сифилис?

Ответ.

1. Ложноположительные реакции на сифилис.

2. Взять на КСК в течении года. Новорожденного обследовать согласно приказу №291 МЗ РФ.

3. Провести новорожденному: консультации невролога,неонатолога, ЛОР-врача, рентгенограмму длинных трубчатых костей.

4. Вирусные заболевания, аутоиммунные заболевания,

**Задача №8.**

В станции переливания крови у пациента Ш.И.В., 1982г.р.,при обследовании была выявлена положительная реакция ИФА крови на сифилис. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

В результатах последних серологических исследований, отмечается слабоположительные результаты нетрепонемного теста, стойко отрицательные результаты ИФА, РИФ и РПГА. При консультации смежных специалистов терапевта,невролога,окулиста и ЛОР врача патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.

Ответ.

1. Ложноположительные реакции на сифилис.

2. В дальнейшем наблюдении пациент не нуждается.

**Задача №9.**

Пациент С.С., находится в СПБ №7 с диагнозом шизофреноподобное расстройство. При обследовании был выявлен положительный результат крови на сифилис. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

В результатах последних серологических исследований, отмечается слабоположительные результаты РИФ и РПГА, при отрицательных результатах нетрепонемного теста, отрицательных результатов ИФА и иммуноблота. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют. При консультации смежных специалистов выявлено:

Психиатр-органическое шизофреноподобное расстройство. Невролог-хроническая дисциркуляторная энцефалопатия. Терапевт –хр.бронхит,хр.холецистит,железо-дефицитная анемия. Окулист-склеротическая ангиопатия сосудов ОИ.ЛОР-без патологии. УЗИ сердца-диастоличсекая дисфункция ЛЖ.Митральная регургитация.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. При каких сопутствующих патологиях,могут быть ложноположительные реакции на сифилис?

Ответ.

1. Ложноположительные реакции на сифилис

2. Взять пациента на КСК в течении года.

**Задача10.**

Пациент Л.Л., находится в СПБ №7 с диагнозом органическое расстройство личности. При обследовании был выявлен положительный результат крови на сифилис. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

У пациента отмечается слабоположительные результаты РИФ и РПГА, при отрицательных результатах нетрепонемного теста, колеблющиеся резуьтат ИФА от неопределенного до отрицательного.Отрицательные результаты серологического исследования крови на сифилис у жены. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

При консультации смежных специалистов выявлено: Психиатр- органическое расстройство личности.. Невролог-поздний восстановительный период после инсульта. Терапевт –хр.панкреатит. Окулист-склеротическая ангиопатия сосудов ОИ.ЛОР-без патологии. УЗИ сердца-признаки гипертрофии ЛЖ, дилятация ЛП, аортативная недостаточность.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. При каких сопутствующих патологиях могут быть ложноположительные реакции на сифилис?

Ответ.

1. Ложноположительные реакции на сифилис

2. Взять пациента на КСК в течении года.

3. Сифилис скрытый неуточненный.

**Задача №11.**

Беременная О.Н, 30 недель. При обследовании по поводу беременности в женской консультации выявлен положительный результат крови на сифилис. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют. В анамнезе ложноположительные реакции на сифилис. Находитя на КСК, но регулярно не является.

У пациентки отмечаются отрицательные результаты нетрепонемного теста, положительные результаты ИФА, с низкими значениями КП, колеблющиеся результаты РПГА и РИФ от слабо положительного до отрицательного. Отрицательные результаты серологического исследования крови на сифилис у мужа пациентки.

Обнаружены антитела к ЦМВ, ВПГ 1 и 2 типа и вирусу краснухи.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. Нужна ли консультация смежного специалист.
4. Какие диагностические мероприятия необходимо провести новорожденному?

Ответ.

1. Ложноположительные реакции на сифилис.

2. Продлить КСК с очередным обследование через 14 дней после родов. После чего повторная консультация в ККВД. Привлечь к обследовании. Новорожденного обследовать согласно приказу №291 МЗ РФ.На сифилис первого ребенка.

3. Консультация инфекциониста.

4. Консультация невролога, неонатолога, ЛОРа и проведение рентгенограммы длинных трубчатых костей.

**Задача №12**.

В родильное отделение поступила пациентка Т.А., срочные роды. Гестационный сахарный диабет. Умеренная преэклампсия. При обследовании выявлен положительный результат ИФА крови на сифилис. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

В результатах последних серологических исследований, отмечается отрицательные результаты нетрепонемного теста, положительные ИФВ, с низкой активность КП, положительные результаты РИФ и РПГА, положительный результат иммуноблота. Отрицательные результаты серологического исследования у мужа пациентки и у детей.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести новорожденному?

Ответ.

1. Сфилис скрытый поздний

2. Взять пациентку на «Д» учет. Провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

3. Консультация невролога,неонатолога, ЛОРа и проведение рентгенограммы длинных трубчатых костей.

**Задача №13.**

На консилиум представлена пациентка Т.В, 35 лет. В родах выявлен положительный результат ИФА крови на сифилис. На «Д» учете по беременности не состояла, не обследовалась, сифилис в анамнезе отрицает. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.Отсутствие возможности обследовать полового партнера.

В результатах последних серологических исследований, отмечается положительные результаты нетрепонемного теста, положительные резултаты ИФА, с высокой активность КП, резко положительные результаты РИФ и РПГа.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести новорожденному?

Ответ.

1. Сифилис скрытый неуточненный.

2. Взять пациентку на «Д» учет. Провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

3.Консультация невролога, неонатолога, ЛОРа и проведение рентгенограммы длинных трубчатых костей. Проведение серологических реакций крови на сифилис.

**Задача №14.**

Пациент В.М.,2017 г.р., родился от матери, у которой активно в родах выставлен диагноз сифилис скрытый неуточнённый. Мать на «Д» учете по беременности не состояла, не обследовалась, сифилис в анамнезе отрицает. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

У пациента отмечаются положительные результаты нетрепонемного теста, резко положительные результаты РИФ и РПГА, при отрицательном ИФА с IgM, положительные результаты ИФА с высокой активность КП. При консультации у смежных специалистов патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести новорожденному?
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ответ.

1. Перинатальный контакт с матерью больной сифилисом.

2. Взять пациента на «Д» учет. Провести профилактическое лечение по схеме раннего врожденного сифилиса, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

3. Консультация невролога, неонатолога, ЛОРа и проведение рентгенограммы длинных трубчатых костей.

4. Сифилис врожденный.

**Задача №15.**

Пациент Н.Е., 12 лет, родился от матери, которая в 2008 году прошла специфическое лечение по поводу сифилиса скрытого раннего. На КСК не являлась была снята с учета в виду не явки. Пациент к обследованию не привлекался, превентивное лечение не получал, так как со слов матери находился с отцом. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

У пациента отмечается отрицательный результат нетрепонемного теста, положительный результат РИФ и РПГА, при отрицательном результате ИФА с IgM, положительный ИФА с высокой активностью КП. Матери ребенка выставлен диагноз: Сифилис скрытый ранний в 2008г.Серорезистентность.

Отрицательные результаты серологических исследований крови на сифилис у отца и сестры ребенка.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. Какие дополнительныедиагностические мероприятия необходимо провести ?

Ответ.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациента на «Д» учет. Провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом, в условиях детского отделения, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

3. Консультация невролога, терапевта, ЛОРа и проведение рентгенограммы длинных трубчатых костей.

**Задача №16.**

При прохождении обследования по поводу беременности, у пациентки М.Н., 1982 г.р., выявлен положительный резултат ИФА крови на сифилис. Из анамнеза известно. Что 10 лет назад получила курс специфического лечения по поводу сифилиса скрытого раннего, бензилпенициллина натриева соль 1 млн.ЕД в/м.,4 р/сут. От КСК уклонялась. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

У пациента отмечается положительные результаты ИФА, с высокой активностью КП, положительные результаты РИФ и РПГА. Отрицательные резултаты серологического исследования крови на сифилис у мужа пациентки. При консультации смежных специалистов патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.

Ответ.

1. Сифилис скрытый ранний в 2008г.Серорезистентность.

2. Взять на «Д» учет и провести дополнительное лечение по серорезистентности по месту жительства, в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК .

**Задача №17.**

У Пациентки Е.А., находящейся в в СПБ №1 с диагнозом деменция, при очередном обследовании выявлен положительный результат ИФА крови на сифилис.

Собрать данные анамнеза не представляется возможным в виду тяжести состояния больной. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют. Сопутствующие заболевания: болезнь Пика с атрофией коры головного мозга.

Вопросы.

1. Тактика введения данного пациента.

Ответ.

1. Рекомендовано проведение СМП, при отказе пациенки выставить диагноз сифилис скрытый поздний. Взять на «Д» учет и провести дополнительное лечение по серорезистентности по месту жительсва, в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача №18.**

Пациент С.В., 45 лет. Представлен на мед.консилиум дерматовенерологом СПБ №1.

У пациента отмечается резко положительный результат нетрепонемного теста, положительный ИФА с высокой активность. КП, резко положительные РИФ и РПГА. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют. Сопутствующие заболевания: острое психотическое расстройство.

При проведении консультации смежных специалистов выявлено:

Невролог-нейросифилис.Токсико-дисметаболическая энцефалопатии.

Терапевт-дисметаболичсекая кардиомиопатия.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какое осложнение возникло у пациента?
3. Ваша тактика.

Ответ.

1. Поздний нейросифилис с симптомами .

2. Прогрессивный паралич.

3. Подать извещение. Взять на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. В условиях психиатрической больницы при совместном ведении дерматовенеролога и психиатра.

**Задача №19.**

У пациента Г.М., при обследовании в поликлинике по месту жительства, выявлен положительный результат крови на сифилис. Из анамнеза известно, что впервые сифилис был выявлен в 2014 году, но от дальнейшего дообследования пациент уклонялся. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

У пациента отмечается отрицательные результаты нетрепонемного теста, положительные результаты ИФА, с низкими значениями КП, положительные результаты РИФ и РПГА.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Ваша тактика.

Ответ.

1. Сифилис скрытый неуточненный.

2. Взять на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК .

**Задача №20.**

Пациентка Л.Н., находится на лечении с диагнозом псориаз распространенный,прогрессирующая стадия, непрерывно рецидивирующий. При обследований выявлен положительный результат РМП крови на сифилис. Из анамнеза известно, что в 2010 был установлен диагноз:ложноположительные реакции на сифилис. Пациентке было рекомендовано КСК. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.
3. При каких сопутствующих патологиях, могут быть ложноположительные реакции на сифилис?
4. Проведите дифф.диагностику.

Ответ.

1. Ложноположительные реакции на сифилис.

2. В дальнейшем лечении не нуждается.

3. Сифилис скрытый неуточненный.

**Задача 21.**

Пациент В.В., направлен в ГБУЗ ККВД на консультацию для выдачи врачебного заключения для МСЭК. Из анамнеза известно, что в 2012 году прошел курс специфического лечения в отделении неврологии с диагнозомпоздний нейросифилис с симптомами. Состоит на КСК. В результатах последних серологических исследований крови:

У пациента отмечается положительный результат нетрепонемного тесты, положительный результат ИФА.

**Задача №22**.

У пациента А.М.Р.,17 лет, при обследовании в амбулатории по месту жительства для военкомата, выявлена положительная реакция РМП. Пациент представлен на консилиум ГБУЗ ККВД для установления диагноза и дальнейшей тактики ведения. Из анамнеза известно, что пациент холост, но имел посторонние половые связи. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

У пациента отмечается положительны результат нетрепонемного теста, положительный результат ИФА с высокой активностью.

Заключения смежных специалистов без патологии.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.

Ответ.

1. Сифилис скрытый неуточненный как ранний или поздний.
2. Подать извещение и взять пациентку на «Д» учет. Провести специфическое лечение в стационарном отделении КВД, в соотвествии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. Розыскать полового контакта,дообследовать.

**Задача №23.**

Пациент Г.М.Г., при прохождении лечения в кардиологическом отделении ККБ №1, выявлен по положительной реакции РМП. Представлен на медицинский консилиум в ГБУЗ ККВД для уточнения диагноза и определения тактики введения. Из анамнеза известно, что в 1997 г. Прошел курс лечения у дерматовенеролога по месту жительства, документов подтверждающих лечение нет.

По результатам исследований у пациента отмечается положительный результат нетрпонемного теста, положительный результат ИФА с высокой активность КП.

При проведении консультации смежных специалистов, выявлена патология у кардиолога: ИБС. ХСН II ст., 3ФК. Гипертоническая болезнь III cт., риск 4.

Эндокринолог-Сахарный диабет.

ЭКГ-синусовый ритм. ЭОС отклонение влево. Признаки гипертрофии ЛЖ.

ЭхлКГ-дилатация левых отделов сердца и ПП с нарушением сократимости миокарда ЛЖ. Гипертрофии миокарда ЛЖ. Легочная гипертензия. Умеренная недостаточность МК. Кальциноз АК с реургитацией. Атеросклероз АО. Дилатация корня и восходящего отдела АО.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Тактика введения данного пациента.

Ответы.

1. Кардиоваскулярный сифилис.
2. Подать извещение и взять пациента на «Д» учет. Провести специфическое лечение в стационарном отделении КВД, в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК, в условиях стационара при совместном ведении кардиолога, невролога и дерматовенеролога.

**Задача №24.**

Пациент Д.А.Ю., представлен на медконсилиум для уточнения диагноза и определения тактики введения пациента. Из анамнеза известно, что в 2007 году, был установлен диагноз:сифилис скрытый ранний и в условиях СЗТ ККВД получал лечение с 26.11.2007 по 17.12.2007 пенициллином по 1 млн.ЕД\*4 раза в сутки, переведен на клинико-серологический контроль:

Более на КСК не являлся ввиду выезда за пределы Краснодарского края.

В 2012 году при обследовании для оперативного лечения получен положительный результат крови на сифилис и был привлечен к дообследованию в КВК Динской ЦРБ. Но рекомендации консилиума не были выполнены ввиду неявки больного в КВК.

Из сопутсвующих заболеваний имеет ишемический инсульт,правосторонний центральный гемипарез.Гипертоническая болезн 3ст. 3стадии,Риск 4.

У пациента отмечается сохранение слабоположительных результатов нетрепонемных тестов после специфического курса лечения при положительных результатах ИФА со средней активностью КП, резкоположительных результатах трепонемных тестов.

При консультации смежных специалистов выявлено:

Окулист-ангиопатия сосудов сетчатки.

УЗИ сердца-патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Тактика введения данного пациента.

Ответ.

1. Поздний нейросифилис с симптомами,

2. Подать извещение во изменение диагноза продолжить Д учет провести лечение в условиях неврологического отделения ЦРБ при совместном ведении больного дерматовенерологом и неврологом.

**Задача 25.**

Пациент Д.Г.И., 1975 года рождения, при проведении стентирования в ЦГХ ККБ №1, вывлен по положительному результату крови на сифилис и направлен в ГБУЗ ККВД. Клинические проявление на коже и слизистых отсутствуют. Из анамнеза известно, что 15 лет назад проходил лечение гонореи в Грузии.

УЗИ сердца-расширение восходящего отдела АО,уплотнение АО.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.

Ответ.

1. Поздний сифилис сердечно-сосудистой системы, подать извещение,

2. Д учет провести лечение в условиях кардиологического отделения по мж при совместном ведении больного дерматовенерологом и кардиологом.

**Задача 26.**

Пациентка С.А.Е., 2014 года рождения, выявлена при обследовании в ГБУЗ ДГБ г.Анапы, куда поступила по акту ОПДН по социальным показаниям и была представлена на консилиум в ГБУЗ ККВД. Из анамнеза известно что мать имеет диагноз: Сифилис скрытый поздний. Назначено лечение. Лечение от сифилиса получила в роддоме не в полном обьеме-цефтриаксон по 1гр 2 раза в день 9 дней.

Результаты серологического исследования крови С.А.Г.:

Консультация смежных специалистов:

Ортопед,окулист,невролог-патологии не выявлено.

Гинеколог-хронический вульвит.

Психолог-психическое развитие ниже возрастной нормы.

В результатах последних серологических исследований, отмечается положительный результат нетрепонемного теста, положительный результат ИФА, РПГА, РИФ, отр.Ig M.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика введения данного пациента.

Ответ.

1. Сифилис неуточненный как ранний или поздний. Взять пациентку на «Д» учет.

2. Провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям.

**Задача 27.**

Пациентка Ш.В., 1989 г.р., гражданка Молдовы, выявлена по положительному результату крови на сифилис в женской консультации г.Армавир. Представлена на консилиум ГБУЗ ККВД для установления диагноза и определения дальнейшей тактики. Из анамнеза известно, что в 2007 году в Молдове был поставлен диагноз сифилис скрытый ранний и получен курс лечения репарпеном в курсовой дозе 9,6 млн ЕД, на КСК не состояла. В июне 2017 в сроке беременности 16 недель был выставлен диагноз: сифилис скрытый ранний, серорезистентный, начато лечение цефтриаксоном. На 7 день лечения был зарегистрирован подъем температуры до 38 и тахикардия. После отмены цефтриаксона жалобы не возобновлялись. Пациентка была переведена на новокаиновую соль пенициллина. На 3 инъекции развился судорожный синдром, тахикардия, сильные боли в пояснице, внизу живота, приступообразный зуд. В общей сложности получила 12 г. Цефриаксона и 1.8 млн ЕД новокаиновой соли пенициллина. Сразу была госпитализирована в гинекологию, где зарегистрирована антенатальная гибель плода 21-22 нед. Гистологическое исследование плаценты: изменение терминальных ворсин плаценты, кровоизлияние в плодные оболочки. Пациентка была направлена на обследование к аллергологу-иммунологу. В дальнейшем пациентка не являлась на КСК в связи с выездом в Молдову. Дополнительный курс лечения по серорезистентности был проведен в Молдове с 22.01-22.02.2017 доксициклином по 0,2 г/сутки в курсовой дозе 6,0 г.По поводу настоящей беременности 12 недель консультирована венерологом АКВД, от проведения профилактического лечения и проведения спинномозговой пункции отказалась. 22.10.2018 роды 1 срочные в сроке 38 недель путем кесарево сечения, мальчик. В соскобе проксимального участка пуповины бледная трепонема не обнаружена. От проведения профилактического лечения ребенка мать отказалась.

Половой партнер обследован Мр, ИФА, РПГА отр. От 30.06.2014 и 23.04.18. здоров.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

Сифилис скрытый ранний. Серорезистентность. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение эритромицином согласно федеральным клиническим рекомендациям. Ребеку рекомендовано провести специфическое лечение эритромицином по схеме согласно федеральным клиническим рекомендациям.

**Задача 28.**

К врачу обратился мужчина, 34 года. При прохождении лечения в неврологическом отделении ГКБ №1 в феврале 2013 года выявлена положительная реакция ИФА крови на сифилис. Со слов пациента, в 1995 году проходил курс лечения по поводу сифилиса, получил три укола (после первой инъекции отмечал повышение температуры). Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют. В результатах последних серологических исследований от 13.02.13 г. Отмечается положительный результат нетрепонемного теста и положительный результат ИФА с высокой степенью активности КП.

Из данных обследования смежных специалистов:

невролог - стойкие последствия хронического гематогенного остеомиелита С5-С6 позвонков, тазобедренных суставов в виде асимметричного центрального тетрапареза от легкого до умеренного, нарушение функции тазовых органов по центральному типу, некроза головки и шейки левой бедренной кости, костного анкилоза левого и правого тазобедренных суставов, с разгибательной контрактурой обоих коленных суставов, укорочения левой нижней конечности 4 ст. Токсико-дисметаболическая энцефалополиневропатия с рассеяной микроочаговой симптоматикой, вестиболо-атаксическим синдромом, лобной астазией-абазией. Пролежневая болезнь.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные диагностические исследования следовало бы провести?

3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис в 1995г., серорезистентность.

2. Спинномозговая пункция.

3. Взять пациента на «Д» учет и провести дополнительный курс лечения по серорезистентности, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 29.**

При прохождении медицинского осмотра у пациента О. А. Е., 67 лет выявлена положительная реакция ИФА крови на сифилис в Нефтегорской ЦРБ. Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют. Из анамнеза известно, что пациент в 1987 году лечился по поводу сифилиса в г. Небиддагв, Республика Туркменистан. В результатах последних серологических исследований от 6.03.14г. РМП отр., ИФА пол., КП=3,6, от 25.03.14г. РМП отр., ИФА пол., КП=1,7, РИФ (2+), от 7.09.14г. РМП отр., ИФА пол., КП=2,6 - отмечается отрицательный результат нетрепонемного теста, положительный результат ИФА с низкой активностью КП, слабоположительные результаты РИФ.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис в анамнезе (1987 г.)
2. В дополнительном лечении по поводу сифилиса пациент не нуждается.

**Задача 30.**

При прохождении лечения в кардиологическом отделении БСМП в августе 2014 г. у пациентки Д. Л. Д., 69 лет, выявлена положительная реакция ИФА крови на сифилис. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют. В результатах последних серологических исследований от 9.09.14 г. отмечается отрицательный результат нетрепонемного теста и положительный результат ИФА с высокой степенью активности КП, положительные результаты РИФ. Из данных обследования смежных специалистов:

Кардиолог –Гипертоническая болезнь 3 ст., риск 4. Экстрасистолия. БПНПГ.

Терапевт - ДЭП 2 ст., смешанного генеза. Хронический панкреатит, ремиссия. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. Варикозная болезнь нижних конечностей.

Данные ЭХО-КГ – гипертрофия миокарда левого желудочка. Дилатация предсердий и восходящего отдела аорты. Кальциноз АК, МК, атеросклероз аорты.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные диагностические исследования следовало бы провести?

3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис сердечно-сосудистой системы.

2. Спинномозговая пункция для исключения нейросифилиса.

3. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 31.**

У пациентки М. Ю. Ю.,30 лет, в женской консультации выявлена положительная реакция ИФА крови на сифилис. Беременность 19-20 недель. Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Отмечается отрицательный результат нетрепонемного теста и положительный результат ИФА, стойко положительные результаты РИФ и РПГА, положительный результат иммуноблота.

У мужа пациентки ИФА, РМП, РИФ, РПГА от 21.02.14 г. Отрицательные.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое и профилактическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. Новорожденного обследовать в соответствии с приказом МЗ № 291 от 30.07.01 г.

**Задача 32.**

Пациент Г. В. Н., 48 лет представлен на консилиум ГБУЗ ККВД. Из анамнеза: с 7.03.14г. по 19.03.14 г. проходил стационарное лечение в ГБУЗ «СКИБ». Основной диагноз: хроническая приобретенная цитомегаловирусная инфекция, латентное течение. Хронический приобретенный токсоплазмоз. Латентное течение. Сопутствующие: постинфекция краснухи. Постинфекция ВЭБ. Хронический пиелонефрит, ремиссия. Получил курс антибиотикотерапии: цефтриаксон по 1,0 г. 2 раза в день, 10 дней. Пациент отмечает непереносимость пенициллина.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют. В результатах последних серологических исследований от 14.04.14 г. отмечается отрицательный результат нетрепонемного теста и положительный результат ИФА с высокой степенью активности КП, положительные результаты РИФ и РПГА. Из данных обследования смежных специалистов: терапевт, невролог, окулист – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Почему лечение цефтриаксоном не было эффективным в отношении сифилиса?

3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Дозировка цефтриаксона и длительность курсового лечения, проведенного пациенту в ГБУЗ «СКИБ», являются недостаточными для терапии скрытого позднего сифилиса.

3. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение цефтриаксоном в связи с непереносимостью пенициллина согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 33.**

Пациент М. Б. М., 52 года впервые выявлен по положительному результату ИФА крови на сифилис в Выселковской районной больнице, где находился в сосудистом центре с диагнозом: ОКС.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют. В результатах последних серологических исследований от 7.05.14 г. отмечается положительный результат нетрепонемного теста и положительный результат ИФА с высокой степенью активности КП, резко положительные результаты РИФ и РПГА. Из данных обследования смежных специалистов: терапевт – ИБС. Стенокардия напряжения 3 ФК. Гипертоническая болезнь 3 ст. риск 4. ХСН 2 ст. 3 ФК. Хронический бронхит. Невролог – ДЭП 1-2 ст., сочетанного генеза, легкий вестибуло-атактический синдром. Когнитивные нарушения. Окулист – ангиопатия сечатки. ЛОР – нейросенсорная тугоухость 1 ст.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Спинномозговая пункция для исключения нейросифилиса.

3. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 34.**

Пациентка К. О. Н., 41 год, была впервые выявлена по положительной результату ИФА крови на сифилис в 2011 году, при обследовании по поводу беременности. Результаты от 4.08.2011 г. РМП отр., ИФА пол., КП=5,9. Заключение от 13.09.2011 г.: ложноположительные реакции на сифилис. Рекомендовано: клинико-серологический контроль в течение года.

В 2012 году пациентка на клинико-серологический контроль не являлась.

В 2013 году: от 11.10.13 г. РМП отр., ИФА пол., КП=1,4. Заключение от 07.11.13: ложноположительные реакции на сифилис. Рекомендовано: клинико-серологический контроль в течение года.

У полового партнера и сына пациентки серологические реакции на сифилис отрицательные.

Терапевт, ЛОР, окулист – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Ложноположительные реакции на сифилис.
2. Взять пациентку на клинико-серологический контроль в течение года.

**Задача 35.**

Пациентка Р. О. Г., 34 лет, выявлена по положительному ИФА крови на сифилис в июне 2014 года в ККБ №1, при обследовании по поводу системной красной волчанки. В настоящее время беременность 26-27 недель. Из анамнеза: в 1999 году лечилась по поводу сифилиса в КВД г. Новороссийск. Состояла на клинико-серологическом контроле. Снята с учета в 2014 году. В 2008 году пациентке был выставлен диагноз: Системная красная волчанка. Наблюдается у ревматолога.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваша тактика.
3. Консультации каких смежных специалистов необходимы и с какой целью?

Ответы.

1. Сифилис в 1999 г. Серорезистентность.
2. Взять пациента на «Д» учет и провести дополнительный курс лечения согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. Новорожденного обследовать в соответствии с приказом МЗ РФ № 291 от 30.07.01 г.
3. Ревматолог, с целью решения вопроса о возможности поведения дополнительного курса лечения сифилиса с использованием антибиотиков пенициллинового ряда.

**Задача 36.**

При прохождении лечения в терапевтическом отделении ЦРБ у пациента О. А. Н., 65 лет, выявлена положительная реакция ИФА крови на сифилис.

Из анамнеза: в декабре 2008 года пациенту был установлен диагноз: сифилис скрытый неуточненный. Пациент прошел два курса специфического лечения: первый курс с 16.02.08 по 13.01.09г.: пенициллин по 1 млн. ЕД 4 р/сут, в/м, 28 дней; второй с 28.01.09 по 11.02.09г.: пенициллин по 1 млн ЕД в/м, 4 р/сут 14 дней.

В октябре 2010 г. Пациенту был дополнительный курс лечения по серорезистентности, от которого пациент отказался.

Повторно был выявлен по положительному результату ИФА крови на сифилис в марте 2014 г. В неврологическом отделении Выселковской ЦРБ, где лежал с диагнозом Ишемический инсульт в каротидном бассейне. ИБС. ПИКС. ГБ 2 ст. ХСН 1 ФК. Результат от 3.03.4 г. РМП (4+) ИФА пол., КП=8,8.

Проведена СМпункция. Результат серологического исследования спинномозговой жидкости: от 12.03.14 г. РМП отр., ИФА с JgG полож., КП=2,0, РПГА (2+). Под вопросом диагноз: нейросифилис.

В июне 2014 года – повторная госпитализация в неврологическое отделение Выселковской ЦРБ с повторным ишемическим инсультом в левом каротидном бассейне. Правосторонний глубокий центральный гемипарез. Моторная дисфагия. Результат исследования крови на сифилис от 18.06.14г. РМП отр., ИФА пол., КП=7,1, РИФ abs(4+), РПГА(4+).

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Поздний нейросифилис.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение по схеме позднего нейросифилиса согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК при совместном ведении невролога и дерматовенеролога, в стационаре по профилю имеющийся патологии нервной системы.

**Задача 37.**

Пациент К. А. С., 57 лет, 33 года назад находился на стационарном лечении по поводу сифилиса в г. Тбилиси. Состоял на клинико-серологическом контроле. Снят с учета.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют. Заключения смежных специалистов: терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис в анамнезе (1981г)

2. В лечении по поводу сифилиса не нуждается.

**Задача 38.**

Пациент Е. А. П., 69 лет, выявлен по положительному ИФА крови на сифилис в марте 2014 года в в частной клинике, при обследовании с диагнозом: зрелая катаракта левого глаза, незрелая катаракта правого глаза.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Кардиолог – ИБС. Перенесенный ИМ неопределенной давности, ГБ 3 ст., риск 4, ХСН 2 ФК.

Окулист - зрелая катаракта левого глаза, незрелая катаракта правого глаза.

ЛОР, невролог – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый неуточненный.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 39.**

Пациентка П. Н. И., 65 лет, выявлена по положительному ИФА крови на сифилис в 2014 году в терапевтическом отделении Динской ЦРБ, где находилась с диагнозом ИБС.

Из анамнеза: проходила обследование в Динском КВК как половой контакт мужа П. Н. А., которому был установлен диагноз сифилис?. Дообследовать мужа не удалось в связи с его смертью.

Пациентка отказалась от дальнейшего обследования и лечения, считает себя здоровой. Имеется письменный отказ.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Кардиолог – ИБС. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Стенокардия напряжения 2 ФК, ХСН 2 ФК. Легочная гипертензия.

Окулист – ангиопатия сосудов сетчатки.

ЛОР– специфической патологии не выявлено.

Невролог- ДЭП смешанного генеза.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 40.**

Пациент С. А. В., 66 лет, выявлен по положительному ИФА крови на сифилис в 2014 году в инфекционном отделении, при обследовании по поводу гепатита «С»

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Терапевт – хронический гепатит «С»

Окулист – ангиопатия сосудов сетчатки.

Невролог, ЛОР– специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый неуточненный.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 41.**

Пациентка Б. Т. А., 53 года, выявлена по положительному ИФА крови на сифилис в 2014 году при обследовании у врача терапевта.

Из анамнеза: в 2009 г. Обследовалась в КВК Апшеронской ЦРБ.

Результаты серологического исследования крови пациентки на сифилис в 2009 году:

от 03.12.09 г. РМП (4+), ИФА пол., КП=10,8, РИФ (4+), РПГА (4+).

Пациентке бы выставлен диагноз: сифилис скрытый неуточненный. От проведения специфического лечения пациентка отказалась.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют. Результаты серологического исследования (ИФА, РМП, РИФ) у полового партнера пациентки отрицательные.

Заключения смежных специалистов:

Терапевт, окулист, невролог, ЛОР– специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом по месту жительства, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 42.**

Пациент Г. С. В., 62 года, направлен на обследование в ГБУЗ ККВД №3 врачом-реаниматологом в связи с положительными результатами ИФА крови на сифилис, находится в реанимационном отделении ЦРБ г. Анапа с диагнозом: дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза в результате генерализованного васкулита. Венозный инсульт. ОНМК. ЖКК. Язва 12-перстной кишки.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

КТ от 07.10.13. – признаки энцефалопатии. МРТ-признаки начального тромбоза мозговой артерии, ангиосклероз. Распространенный стенозирующий атеросклероз.

Заключения смежных специалистов:

Терапевт , окулист , ЛОР– специфической патологии не выявлено.

Невролог – нейросифилис.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваша тактика относительно пациента.
3. Ваша тактика относительно жены пациента.

Ответы.

1. Ранний асимптомный нейросифилис.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК, при совместном ведении дерматовенеролога и невролога.

3. Жене пациента Г. М. Р.– с целью исключения кардиоваскулярного и нейросифилиса, показано проведение УЗИ сердца, аорты, спинномозговой пункции, с последующей консультацией невролога и кардиолога. В случае отказа – установить диагноз сифилис скрытый поздний. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 43.**

Пациент Б. С. Н., 44 года, выявлен по положительным результатам ИФА крови на сифилис в октябре 2013 года в неврологическом отделении Выселковской ЦРБ, где находился с диагнозом: ОНМК.

Из анамнеза: со слов в 1993-1994 гг. лечился по поводу сифилиса в ККВД. Мед.документацию, подтверждающую лечение, не предоставил.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

КТ от 07.10.13. – признаки энцефалопатии. МРТ-признаки начального тромбоза мозговой артерии, ангиосклероз. Распространенный стенозирующий атеросклероз.

Заключения смежных специалистов:

Терапевт , окулист , ЛОР– специфической патологии не выявлено.

Невролог – ишемический инсульт в левом каротидном бассейне с формированием лакунарного инфаркта в подкорковой области. Правосторонняя гемигипестезия. Моторная дисфазия. Менинго-васкулярный нейросифилис.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваша тактика относительно пациента.

Ответы.

1. Поздний нейросифилис с симптомами.
2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК, при совместном ведении дерматовенеролога и невролога.

**Задача 44.**

Пациент К. А.С., 49 лет, выявлен по положительному ИФА крови на сифилис в 2013 году в ГБУЗ ККБ №1 при обследовании по программе ТП для пересадки почки.

Из анамнеза: в октябре 1999 г. Получал специфическое лечение по поводу вторичного сифилиса, на клинико-серологический контроль не являлся, в 2005 году снят с учета по неявке. На обследование в КВД№9 вновь явился 09.06.09 - РМП (3+), ИФА пол., КП=9,6, РПГА (4+). От проведения спинномозговой пункции отказался.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Серорезистентность (сифилис вторичный 1999 г.)
2. Учитывая планирующуюся пересадку почки, рекомендовано в условия стационара ГБУЗ ККВД по м/ж провести дополнительный курс лечения роцефином с последующим клинико-серологическим контролем согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 45.**

У пациента С. А. Д., 10.01.1953 г.р., находившегося на стационарном лечении в 2014 году в неврологическом отделении ККБ№1, с диагнозом: «Ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне от 24.08.15 г. Дизартрия. Правосторонний центральный парапарез. Левосторонний центральный гемипарез» выявлен положительный результат ИФА крови на сифилис. Направлен на консультацию в ГБУЗ ККВД, где было проведено дополнительное серологическое исследование.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

Проведена СМ пункция.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Поздний нейросифилис с симптомами.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК в условиях неврологического отделения, при совместном ведении невролога и дерматовенеролога.

**Задача 46.**

Пациентка Б. Р. А., 62 года, обратилась для обследования к участковому терапевту, где был выявлен положительный результат ИФА крови на сифилис. Направлена на консультацию в ГБУЗ ККВД. Проведено дополнительное серологическое обследование.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом по месту жительства, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 47.**

Пациентка Г. С. И., 49 лет, впервые выявлена в 2011 г. при серологическом обследовании в ЕКВД. В настоящее время находится на стационарном лечении в СПБ№7 с диагнозом: выраженный астено-невротический синдром.

Из анамнеза: в августе 2012 года получила специфическое лечение по поводу сифилиса в ЕКВД. С учета не снята.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика относительно пациентки.

Ответы.

1. Поздний асимптомный нейросифилис.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК, при совместном ведении дерматовенеролога , психиатра и невролога.

**Задача 48.**

Пациентка Н. Ю. И., 36 лет, выявлена впервые в 2010 г. как половой контакт сожителя, которому был установлен диагноз сифилис.

Из анамнеза: от 29.07.10 г. Был установлен диагноз сифилис скрытый ранний. Получила курс специфического лечения в отделении ЗКЗ и ИППП ККВД. Состояла на КСК.

Проведена СМ пункция.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Окулист , ЛОР– специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Поздний асимптомный нейросифилис.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК при совместном ведении дерматовенеролога и невролога.

**Задача 49.**

Пациент Т. А. В., 33 года, выявлена по положительному ИФА крови на сифилис при обследовании у врача терапевта.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый неуточненный.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом по месту жительства, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 50.**

У пациента К. Э. Я., 81 год, выявлена положительная реакция ИФА крови на сифилис при прохождении лечения в кардиологическом отделении ККБ№1 в феврале 2015 г. По поводу левостороннего гидропневмоторакса. Очагового новообразования верхней доли левого легкого. Сопутствующий диагноз – ИБС. Хроническая форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. Атеросклероз коронарных артерий. ГБ 3 ст. риск 4, ХСН 2,3 ФК. Сифилис сердечно-сосудиствой системы?.

Из анамнеза: в фервале 2014 года прошел курс специфического лечения в КВК ГП №9 по поводу сифилиса скрытого позднего. Состоит на КСК.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Из данных обследования смежных специалистов:

Данные ЭХО-КГ – гипертрофия миокарда левого желудочка. Дилатация предсердий и восходящего отдела аорты. Кальциноз АК, МК, атеросклероз аорты.

Кардиолог – ИБС. Хроническая форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. Атеросклероз коронарных артерий. ГБ 3 ст. риск 4, ХСН 2,3 ФК.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис сердечно-сосудистой системы.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 51.**

Пациентка Ш. С. В., 34 года, была впервые выявлена по положительной результату ИФА крови на сифилис в Перинатальном центре ГБУЗ ККБ №2, где находилась на стационарном лечении с диагнозом: беременность 36 недель, двойня, бихориальная, биамниотическая. Тазовое предлежание 1 плода. Угрожаемые преждевременные роды. Хроническая ПН: многоводие 2 плода. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Сифилис в анамнезе отрицает.

Результаты от 10.12.2014 г. РМП отр., ИФА пол., КП=2,5. Повторно кровь не исследовалась, пациентка дерматовенерологом не консультирована.

18.12.14 родоразрешена путем КС. Родились девочка Ш. О. О. и мальчик Ш. Н. О.

13.02.15 пациентка самостоятельно обратилась в КАОЛ ГБУЗ ККВД с целью обследоваться на сифилис .

Терапевт, ЛОР, окулист – специфической патологии не выявлено.

.

Профилактическое лечение по схеме раннего врожденного сифилиса дети не получали.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваша тактика относительно пациентки.
3. Ваша тактика относительно детей.

Ответы.

1. Сифилис скрытый неуточненный.
2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.
3. Рекомендовано детям Ш. О. О. и Ш. Н. О. провести профилактическое лечение в течение 20 дней согласно клиническим рекомендация РОДВК. Взять на КСК до 1 года.

**Задача 52.**

Р. Н. 16.01.15 г.р. родился от матери Р. Ю. А. 08.11.80 г.р.., которая выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис в родах в БСМП.

от 30.01.15 в отделении ЗКЗ и ИППП ГБУЗ ККВД Р. Ю. А. был установлен диагноз: сифилис скрытый неуточненный. Проведено специфическое лечение. Ребенок Р. Н. родился весом 3030, рост 50 см, в диагнозом: врожденная двусторонняя пневмония; церебральная ишемия 2 ст, отечный синдром, кандидоз.

Результат серологического исследования спинномозговой жидкости ребенка Р. Н.:

от 27.01.15 г. РМП отр., РИФц (3+), ИФА с JgG полож., КП=4,55, РПГА (2+). В осадке кровь, после центрифугирования ликвор розовый, прозрачный (путевая кровь). Цитоз 65\*10^6.

С 22.01.15 по 12.02.15 ребенок получил профилактическое лечение по схеме раннего врожденного сифилиса: лендацин 1,0 в/м, ежедневно, №20.

Заключения смежных специалистов:

невролог – врожденный нейросифилис? Сочетанное травматическое ишемическо-геморрагическое поражение ЦНС. Церебральная ишемия 2 ст. Цереброастенический синдром вегето-висцеральной дисфункции.

Дерматовенеролог – при клиническом осмотре данных за ранний врожденный сифилис не выявлено.

Терапевт, окулист, ЛОР,– специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваша тактика.

Ответы.

1. Взять ребенка на КСК с исследованием крови в возрасте 3 и 6 месяцев, после повторно представить мед.документацию на консилиум.

**Задача 53.**

Пациент Б. А. Ю.,40 лет, выявлен по положительному ИФА крови на сифилис в инфекционном отделении Динской ЦРБ, при обследовании по поводу гепатита.

Клинические проявления сифилиса на коже и слизистых отсутствуют. Заключения смежных специалистов:

Окулист, терапевт, ЛОР, невролог – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования показаны в данном случае?
3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.
2. Проведение спинномозговой пункции.
3. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 54.**

Пациентка А. Т. В., 35 лет, выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис при обследовании по поводу беременности. В настоящее время беременность 25-26 недель.

Результаты серологического исследования (ИФА, РМП, РИФ) у полового партнера пациентки и у дочерей отрицательные.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. Новорожденного обследовать в соответствии с приказом МЗ РФ №291 от 30.07.01 г.

**Задача 55.**

Пациентка Н.С.Ю., 13.09.81 г.р., выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис в гинекологическом отделении Динской ЦРБ, где находилась с диагнозом: хронический аднексит.

Из анамнеза: со слов пациентки в 2004 г. В кож.вен. кабинете в Воронеже получала лечение, так как у мужа был сифилис. Меддокументацию не предоставила.

Результат серологического исследования спинномозговой жидкости: от 28.11.14 г. РМП отр.,РИФц отр., ИФА с JgG отр., РПГА отр.

Р. Панди отр., белок 0,27 г/л, цитоз – 1/3

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 56.**

К. В. П., 10.10.1952 г.р., выявлен по положительному результату ИФА крови на сифилис в неврологическом отделении Динской ЦРБ, где находился с диагнозом: посттравматическая невропатия б/берцовой кости.

:

Заключения смежных специалистов:

Терапевт – ГБ 2ст, риск 2. ХСН 1

Невролог – ДЭП 2 ст, смешанного генеза, декомпенсация. Стойкая цефалгия, выраженный вестибулоатактический синдром.

Окулист – ангиопатия сосудов сетчатки

ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Ложноположительная рекция на сифилис.

2. Взять пациента на КСК в течение года.

**Задача 57.**

Пациент П. И. А., 29.07.1944 г.р., выявлен по положительному результату крови на сифилис в кардиологическом отделении ККБ №1, где находился на лечении в январе 2015 г. С диагнозом – основной – дегенеративный порок аортального клапана: тяжелый стеноз и умеренная недостаточность. Дегенеративный порок митрального клапана: умеренная недостаточность. Синдром стенокардии. ГБ 3 ст, риск 4. ХСН 1 ст. 2 ФК. Сопутствующий – ожирение 1 ст., сифилис в анамнезе. Серологический рубец. Сифилис сердечно-сосудистой системы?

Из анамнеза: со слов пациента в 1994 г. Лечился по поводу сифилиса в Амурской области, подтверждающую мед.документацию не предоставил.

Заключения смежных специалистов:

ЭХО-КГ: кальциноз аортального клапана с выраженным стенозом и недостаточностью. Атеросклероз АО. Кальциноз МК с недостаточностью. Небольшая дилатация корня и восходящего отдела аорты. Дилатация левых отделов сердца и ПП с небольшим нарушением сократимости ЛЖ. Гипертрофия ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ.

Окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования показаны в данном случае?

3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис сердечно-сосудистой системы.

2. Проведение спинномозговой пункции для исключения нейросифилиса.

3. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК в условиях терапевтического отделения.

**Задача 58.**

К. М. Н., 7.03.1965 г.р., выявлен по положительному результату исследования крови на сифилис в кардиологическом отделении ККБ №1, где находился на лечении в январе 2015 года с диагнозом: ВПС: аномалия развития створок аортального клапана, выраженная недостаточность. Синдром относительной коронарной недостаточности. ГБ 2 ст. риск 3 ХСН 1 ст. 3 ФК. Сифилис сердечно-сосудистой системы?

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

ЭХО-КГ: выраженная недостаточность АК на фоне измененных створок. Дилатация левых отделов сердца и ПП, со снижением сократимости ЛЖ. Умеренная недостаточность МК. Гипертрофия миокарда ЛЖ.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования показаны в данном случае?

3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис сердечно-сосудистой системы.

2. Проведение спинномозговой пункции для исключения нейросифилиса.

3. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК в условиях терапевтического отделения.

**Задача 59.**

Пациентка Д. Н. А., 24.10.1982 г.р., выявлена по положительному результату крови на сифилис в неврологическом отделении ККБ№1, где находилась на лечении в январе 2015 года с диагнозом: основной - геморрагический инсульт с формированием острой внутримозговой гематомы в стволе головного мозга. Левосторонний легкий центральный гемипарез, с сенсорными нарушениями. Сопутствующий – симптоматическая АГ, СД 1 типа, диабетическая нефропатия единственной правой почки, первично сморщенная левая почка. Нейросифилис?

Из анамнеза: со слов пациентки в 2010 г. Лечилась по поводу сифилиса в КВД г. Белореченска. Состояла на диспансерном учете.

Результат серологического исследования спинномозговой жидкости:

от 02.02.15 г. РМП отр., РИФц (3+), ИФА с JgG полож., КП=10,1 , РПГА (4+)

от 04.01.15 г. Цитоз 30/3 кл., белок – 0,7 г/л.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Невролог – геморрагический инсульт с формированием острой внутримозговой гематомы в стволе головного мозга. Левосторонний легкий центральный гемипарез, с сенсорными нарушениями.

Окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Ранний нейросифилис с симптомами.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК в условиях неврологического отделения при совместном ведении дерматовенеролога и невролога.

**Задача 60.**

Пациент Е. Е. В., 15.10.1984 г.р., представлен на консилиум для установления диагноза и определения дальнейшей тактики ведения.

Из анамнеза: в 2012 г. Пациент находился на лечении в СКПБ №1 с диагнозом: шизофрения. В ходе обследования пациенту был установлен диагноз: сифилис скрытый неуточненный. Получил специфическое лечение. Был переведен на КСК.

Результат серологического исследования спинномозговой жидкости:

от 10.12.14 г. РМП отр., РИФц (3+), ИФА с JgG полож., КП=1,51, РПГА (2+)

от 04.12.14 г. Цитоз 1/3,белок 0,099 г/л, реакция Панди (2+).

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Окулист – ангиопатия сетчатки.

Психиатр – шизофрения.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Поздний нейросифилис с симптомами.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК в условиях психоневрологического стационара при совместном ведении дерматовенеролога и психиатра.

**Задача 61.**

Х. Л. Н., 23.02.1944 г.р., выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис в кардиологическом отделении ГБУЗ ККБ №2, где находилась на лечении в январе 2015 года с диагнозом: основной – ИБС. Пароксизм тахисистолической фибрилляции предсердий от 14.01.15г. с восстановлением синусового ритма . Постинфарктный кардиосклероз. ГБ 3 т., риск 3, ХСН 2 ФК. Сопутствующий – внебольничная правосторонняя плевропневмония. ДН 1 ст. СД 2 типа. Диабетическая нефропатия Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Ожирение 3 ст. Диффузно-узловой зоб, эутиреоз. ЖКБ. ДЭП 2 ст., вестибулоатаксия. Хроническая спондилогенная люмбалгия в стадии неполной ремиссии. Полисегментарный остеохондроз.

Результат серологического исследования спинномозговой жидкости:

от 27.01.15 г. РМП отр., РИФц (3+), ИФА с JgG полож., КП=1,89, РПГА (2+)

от 28.01.15 г. Цитоз 12\*10^6,белок 0,58 г/л

Заключения смежных специалистов:

Кардиолог - ИБС. Пароксизм тахисистолической фибрилляции предсердий от 14.01.15г. с восстановлением синусового ритма . Постинфарктный кардиосклероз. ГБ 3 т., риск 3, ХСН 2 ФК.

Терапевт -Внебольничная правосторонняя плевропневмония. ДН 1 ст. СД 2 типа. Диабетическая нефропатия. Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Ожирение 3 ст. Диффузно-узловой зоб, эутиреоз. ЖКБ.

Невролог - ДЭП 2 ст., вестибулоатаксия. Хроническая спондилогенная люмбалгия в стадии неполной ремиссии. Полисегментарный остеохондроз. Нейросифилис?

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Асимптомный нейросифилис.

2. Рекомендовано продолжить лечение тяжелой кардиоваскулярной и другой патологии до достижения терапевтического эффекта. В Эпидемическом отношении не опасна, может находиться в стационаре общего профиля. По выписке из стационара явиться в ГБУК ККВД кабинет № 3, для решения вопроса о проведении специфического лечения асимптомного нейросифилиса.

**Задача 62.**

Х.-М. М. А., 10.10.2014 г.р., представлен на мед. консилиум для установления диагноза и определения дальнейшей тактики ведения.

Из анамнеза: ребенок родился от матери Х. Л. М., которая в 2003 году лечилась по поводу сифилиса в КАОЛ ККВД. Состояла на КСК. Снята с учета. Повторно была выявлена в октябре 2014 года в родах.

10.10.14 г. Родился мальчик Х.-М. М. А., который на данный момент находится на стационарном лечении в ДККБ с диагнозом: Врожденная пневмония, ДН 3 ст. Церебральная ишемия.

Клинические проявления на коже и слизистых ребенка отсутствуют.

Вопросы.

1. Ваша тактика относительного пациента.
2. Ваша тактика относительно матери пациента.

Ответы.

1. Ребенка обследовать согласно приказу МЗ РФ № 291 от 30.07.01 г. При отсутствии клинических признаков врожденного сифилиса, ребенка взять на КСК до 1 года.

2. Мать ребенка в дополнительном лечении и дальнейшем наблюдении по поводу сифилиса не нуждается.

**Задача 63.**

Пациент Таскаев А. М., 29.01.1999 г.р., выявлен по положительному результату ИФА крови на сифилис в МБУЗ ДГКП №1, при обследовании у пульмонолога.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Вопросы.

1. Ваша тактика относительного пациента.

2. Ваша тактика относительно родителей пациента.

Ответы.

1. Установить матери Т. Ю. Г. и отцу Т. М. М. диагноз: сифилис скрытый неуточненный, как ранний или поздний. Взять родителей на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом, согласно клиническим рекомендациям РОДВК.

2. Установить пациенту Т. А. М. диагноз: сифилис скрытый неуточненный, как ранний или поздний. Взять ребенка на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом в условиях детского отделения ГБУЗ ККВД, согласно клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 64.**

Пациентка Ф. М. А., 05.07.1991 г.р. представлена на консилиум для определения дальнейшей тактики ведения.

Из анамнеза: впервые пациентка была выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис в октябре 2012 г. В ГП. От 26.10.12 г. Пациентке в КДО ГБУЗ ККВД был установлен диагноз: сифилис вторичный.

С 26.10.12 по 22.11.10 г. Пациентка получила полный курс специфического лечения в условиях стационара ГБУЗ ККВД. Была переведена на КСК.

Проведена СМ пункция.

Результат серологического исследования спинномозговой жидкости:

от 21.11.13 г. РМП отр., РИФц (3+), ИФА пол., КП=4,09

был выставлен диагноз: асимптомный нейросифилис. Получила курс специфического лечения в условиях стационарного отделения ГБУЗ ККВД: пенициллин по 12 млн.ЕД в/в кап. 2 р/д, 20 дней. Была переведена на КСК.

Результат серологического исследования спинномозговой жидкости после лечения:

от 31.10.14 г. РМП отр., РИФ(3+),РПГА (3+), ИФА пол., КП=3,95

Белок 0,13г/л, цитоз 5/3 кл.

Вопросы.

1. Ваша тактика.

Ответы.

1. Пациентка Ф. М. А. в дополнительном лечении не нуждается, продлить КСК до 3 лет с повторным исследованием СМЖ.

**Задача 65.**

Пациентка Д. М. М., 03.10.1948 г.р., выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис при обследовании у дерматолога по поводу высыпаний под молочными железами.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Терапевт – ГБ 2 ст., риск 4. Ожирение 3 ст. Состояние после холецистэктомии по поводу ЖКБ.

Эндокринолог – СД 2 типа на ПССП, компенсаия. Диабетическая ретинопатия,диабетическая полинейропатия.

Невролог – диабетическая дистальная полинейропатия сенсорно-моторного типа, поясничный остеохондрох, ДОА с преимущественным поражением коленных суставов.

Окулист – диабетическая ретинопатия.

Дерматолог - кандидоз крупных складок.

ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис поздний, скрытый.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. Показано обследование тесных бытовых контактов в семье.

**Задача 66.**

Пациент К. А. В., 19.02.1971 г.р., представлен на мед.консилиум для определения дальнейшей тактики ведения.

Из анамнеза: от 06.03.2007 г. Пациенту был установлен диагноз: сифилис скрытый ранний. С 09.03.07г. по 27.03.07г. получил полный курс специфического лечения в Славянском КВД: цефтриаксон по 0,5 в/м, ежедневно, №10. Был переведен на КСК.

В 2009 г. проведено дополнительное лечение по серорезистентности.

Проведена СМ пункция.

Результат серологического исследования спинномозговой жидкости:

от 31.10.14 г. РМП отр., ИФА отр., РИФ отр., РПГА (2+)

Белок 0,1 г/л, цитоз – 8/3 кл.

Вопросы.

1. Ваша тактика.

Ответы.

1. К. А. В. в дополнительном лечении не нуждается, продлить КСК до 3 лет.

**Задача 67.**

М. О. В., 03.02.1979 г.р., выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис в женской консультации по месту жительства, при обследовании по поводу беременности. В настоящее время беременность 10 недель.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Результаты серологического исследования (ИФА, РМП, РИФ) у полового партнера пациентки М. А. А. от 22.09.14г. отрицательные.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое и профилактическое лечение в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК . Новорожденного обследовать в соответствии с приказом МЗ РФ № 291 от 30.07.01 г.

**Задача 68.**

Р. Ю. В., 22.09.1982 г.р., выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис в женской консультации при обследованию по поводу беременности. В настоящее время беременность 30 недель.

Из анамнеза: со слов пациентки в 2006 г. получила курс превентивного лечения по сифилису как половой контакт мужа, которому был установлен диагноз сифилиса. Лечение получал в военном госпитале. В 2008 г. во время первой беременности в род.доме г. Хабаровск получила проф. Лечение по беременности в сроке 20 недель. КСК не проходила. Мед.документация не предоставила.

Результаты серологического исследования крови пациентки на сифилис:

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Терапевт – язвенная болезнь 12-перствной кишки, ВСД по смешанному типу, анемия 1 ст, кардиосклероз, пролапс митрального клапана, компенсация.

Невролог – остеохондроз.

Окулист – сложный астигматизм.

ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять на «Д» учет и провести специфическое профилактическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. Новорожденного обследовать в соответствии с приказом МЗ РФ № 291 от 30.07.01 г.

**Задача 69.**

Пациент Х. Т. Р., 21.09.1984 г.р., представлен на консилиум для определения дальнейшей тактики ведения. Впервые пациент был выявлен в 2013 г. активно при серологическом обследовании в АПО ГБУЗ ККВД, как половой контакт сожительницы, больной вторичным сифилисом.

Из анамнеза: от 23.08.12 г. пациенту в ходе обследования в ГБУЗ ККВД был установлен диагноз сифилис вторичный.

с 23.08.12 г. по 11.09.12 г. прошел полный курс специфического лечения в ГБУЗ ККВД амбулаторно. Был переведен на КСК.

с 06.08.13 г. по 14.08.13 г. находился на лечении в неврологическом отделении № 2 ГБУЗ ККБ №2 с диагнозом: Люмбалгия, умеренный болевой и мышечный синдром.

Результаты серологического исследования крови пациента на сифилис в ГБУЗ ККБ№2:

от 08.08.13 г. РМП (4+), ИФА пол., КП=8,0, в разв. 1:2

Проведена СМ пункция. Результат серологического исследования спинномозговой жидкости в 2013 г.:

от 12.08.13 г. РСКт (2+), РИФц (3+), ИФА с JgM полож., КП=1,21. Белок 0,22 г/л, цитоз – 4,0 мм.куб.

от 15.08.13 г. на консилиуме ГБУЗ ККВД пациенту был установлен диагноз: другие формы вторичного сифилиса. Асимптомный нейросифилис. С 19.08.13 г. по 08.09.13 г. получил курс специфического лечения в условиях стационара ГБУЗ ККВД. Был переведен на КСК.

Результаты КСК:

от 12.12.13 г. РМП (4+), ИФА пол., КП=8,2

от 12.03.14 г. РМП (3+), ИФА пол., КП=5,5

от 18.06.14 г. РМП (3+), ИФА пол., КП=7,5

от 20.09.14 г. РМП (3+), ИФА пол., КП=8,2

Вопросы.

1. Ваша тактика.

Ответы.

1. В дополнительном лечении по поводу сифилиса Х. Т. Р. Не нуждается, продлить КСК до 3 лет.

**Задача 70.**

Б. Н. Т., 4.07.1954 г.р., выявлен по положительному результату крови на сифилис в кардиологическом отделении №2 ККБ №1, где находился с диагнозом: основной – ИБС. Первичный Q-позитивный ИМ нижней стенки левого желудочка. Системный тромболизис пуролазой. ОСН 1 ст. ГБ 3 ст. риск 4. Сопутствующий – Сд 2 типа, ожирение 2 ст. Сифилис ССС?

Из анамнеза: со слов пациента в 1989 г. неофициально прошел курс лечения по сифилису в ККВД г. Краснодара. Мед.документацию не предоставил.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Данные ЭХО-КГ: состояние после ЧТКА. Нарушение сократимости миокарда ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Дилатация корня левого желудочка., восходящего отдела аорты.

Невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваша тактика.
3. Какие дополнительные исследования следует назначить?

Ответы.

1. Сифилис сердечно-сосудистой системы..
2. Взять пациента на «Д» учет и, учитывая наличие тяжелой сопутствующей патологии, провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом, согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК, в условиях кардиологического отделения под наблюдением кардиолога.
3. Для исключения нейросифилиса показано проведение СМ пункции с последующей консультацией невролога.

**Задача 71.**

В. А. В., 27.09.1987 г.р., представлена на консилиум для установления диагноза и определения дальнейшей тактики ведения.

Из анамнеза: от 28.11.08 г. пациентке в сроке беременности 16 недель был установлен диагноз сифилис вторичный. Получила курс специфического лечения. Состояла на КСК. Проф. Лечение по первой беременности не получила в связи с уклонением. В сроке беременности 30 недель пациентка родила ребенка, который погиб на 6 день. Вторая беременность закончилась родами в 2009 г.

Пациентка была повторно выявлена в мае 2014 г. по положительному результату ИФА крови на сифилис в женской консультации г. Лабинска, при обследовании по поводу третьей беременности.

26.09.14 пациентка поступила в ПЦ г. Армавира с диагнозом: роды 3 преждевременные, в сроке беременности 30 недель. 26.09.14 г. родилась девочка, которая была переведена в БИТ ИЦ г. Армавира с диагнозом: РДСН? Врожденная пневмония, ДН 1 ст., ППЦНС, синдром угнетения, острый период. Неонатальная желтуха, недоношенность 32 недели. Перинатальный контакт по форме 50.

С рождения ребенок получает ампициллин 160 мг/сут и по назначению специалиста СПИД-центра ретровир 8 мг/сут.

Заключения смежных специалистов:

R-графия трубчатых костей – патологических изменений в метафизах длинных трубчатых костей не выявлено.

Невролог – ППЦНС, синдром угнетения,

Педиатр - врожденная пневмония, ДН 1 ст., ППЦНС, синдром угнетения, острый период. Неонатальная желтуха, недоношенность 32 недели. Перинатальный контакт по форме 50.

Вопросы.

1. Ваша тактика относительно матери.

2. Ваша тактика относительно ребенка.

Ответы.

1. Признаков врожденного сифилиса нет. В лечении по поводу сифилиса не нуждается. Взять на КСК в течение года.

2. Пациентка В. А. В. в дополнительном лечении и дальнейшем наблюдении по поводу сифилиса не нуждается.

**Задача 72.**

К. Г. М., 20.03.1973 г.р., выявлен по положительному результату ИФА крови на сифилис в ОПК ККБ №1.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом по месту жительства согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 73.**

Д. Л. Д., 06.12.1945 г.р., выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис в кардиологическом отделении Бсмп, где находилась на лечении в июле 2014 года с диагнозом: основной – ГБ 3 ст., риск 4. Экстрасистолия. БПНПГ. Сопутствующий – ДЭП 2 ст., смешанного генеза. Варикозная болезнь нижних конечностей.

На обследование не являлась.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Кардиолог - ГБ 3 ст., риск 4. Экстрасистолия. БПНПГ.

Терапевт - ДЭП 2 ст., смешанного генеза. Варикозная болезнь нижних конечностей.

Данные ЭХО-КГ: Гипертрофия ЛЖ. Дилатация предсердий и восходящего отдела аорты. Кальциноз МК, АК, атеросклероз аорты.

от 12.03.14 г. РМП отр., ИФА с JgG полож., КП=2,0, РПГА (2+).

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис сердечно-сосудистой системы.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение по месту жительства в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 74.**

Г. В. Н., 01.02.1980 г.р., выявлен по положительному результату ИФА крови на сифилис при обследовании у нарколога по поводу: психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов средней степени, ремиссия наркотизации с 2009 г.

Результаты серологического исследования крови пациента на сифилис:

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Нарколог - психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов средней степени, ремиссия наркотизации с 2009 г.

Терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК . Консультация психиатра.

**Задача 75.**

Р. С. Н., 09.10.1971г.р., в апреле 2014 года находился на лечении в кардиологическом отделении ККБ №1 г. Краснодара с диагнозом: «Выраженная недостаточность аортального клапана на фоне перенесенного инфекционного эндокардита. Двустворчатый аортальный клапан. Дилатация корня и восходящего отдела аорты. Умеренная недостаточность МК. ГБ 3 ст., риск 4. ХСН 2А ст., 3 ФК».

Направлен на консультацию в ГБУЗ ККВД, где было проведено дополнительное серологическое исследование.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Данные ЭХО-КГ: выраженная недостаточность и стеноз АК на фоне ВПС; двустворчатый АК. Дилатация корня и восходящего отдела АО. Дилатация левых отделов сердца и ПП. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Регургитация на МК на фоне измененных створок. Аортография: аорта аневризматически расширена до 54 мм в восходящем отделе, на уровне синусов 40 мм. АК кальцинирован, выраженная регургитация на АК.

ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваша тактика.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Ответы.

1. Сифилис сердечно-сосудистой системы.
2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.
3. Показано проведение спинно-мозговой пункции для исключения нейросифилиса.

**Задача 76.**

У пациентки О. Е.А., 24.03.1978 г.р., при прохождении обследования в 2010г. в женской консультации №3 в связи с установленным диагнозом: эрозия шейки матки, выявлен положительный результат ИФА крови на сифилис.

Направлена на консультацию в ГБУЗ ККВД, где было проведено дополнительное серологическое исследование.

На КСК пациентка не являлась. Обратилась к врачу только через 4 года.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый неуточненный, как ранний или поздний.

2. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом по месту жительства согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 77.**

Пациентка Ч. Л. А., 20.02.1950 г.р., выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис в КДО ГБУЗ ККВД при похождении медосвидетельствования для получения разрешения на проживание РФ.

Из анамнеза: 21.10.11 г. Ч. Л. А. в КДО ГБУЗ ККВД врачом Смирновой Т. И. установлен диагноз: Сифилис скрытый неуточненный, как ранний или поздний.

Специфическое лечение Ч. Л. А. не получила в связи с несогласием с диагнозом.

Серологическое обследование было продолжено:

На мед.консилиуме ГБУЗ ККВД от 19.01.12 г. было рекомендовано диагноз сифилиса скрытого неуточненного, предположить наличие ложноположительных реакций на сифилис. Было рекомендовано продлить КСК до года. На КСК не являлась.

Пациентка повторно представлена на мед.консилиум для определения дальнейшей тактики ведения.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Терапевт – ГБ 2 ст.риск 4. Хронический полиартрит правого колена. ДЭП 3 ст.

Результаты ИФА крови – Ат Ig G к краснухе 170,5 МЕ (N до 10)

Окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Ложноположительные результаты крови на сифилис.

2. В дальнейшем наблюдении не нуждается. Препятствий для пребывания в РФ нет.

**Задача 78.**

На мед. консилиум в ГБУЗ ККВД представлена пациентка З. А. А., 84 года, выявленная по положительному результату ИФА крови на сифилис в терапевтическом отделении Апшеронской ЦРБ, где находилась с диагнозом: ГБ 3 ст., риск 4, ХСН 2А ст, 4 ФК.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Результаты серологического исследования (ИФА, РМП, РИФ) у мужа пациентки от 14.04.14 г. отрицательные.

Заключения смежных специалистов:

Терапевт - ГБ 3 ст., риск 4, ХСН 2А ст, 4 ФК. Диффузно-узловая гиперплазия щитовидной железы.

Невролог – начальные проявления ХНМК, на фоне артериальной гипертензии, церебросклероза, с астеноневротическим синдромом, рассеянном (атеросклеротическом) м/с,элементами вестибулярной дисфункции. РОЭС, латентная фаза. Соматическая полинейропатия.

Окулист – миопия средней степени.

ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Какие дополнительные обследования следует провести в данном случае?
2. Ваш предварительный диагноз.
3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Рекомендовано провести спинномозговую пункцию с целью исключить нейросифилис.
2. Сифилис скрытый поздний.
3. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 79.**

Пациентка К. И. М., 09.03.1976 г.р., представлена на мед.консилиум в ГБУЗ ККВД в связи с выявленным положительным результатом ИФА крови на сифилис в женской консультации при обследовании по поводу беременности. В настоящее время беременность 25-27 недель.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Результаты серологического исследования (ИФА, РМП, РИФ) у мужа пациентки от 03.04.14 г. отрицательные.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 80.**

Пациент Т. О. С., 30.10.1968 г.р., представлен на мед.консилиум в ГБУЗ ККВД, так как у жены Т. И. М. при обследовании у гинеколога получен положительный результат ИФА крови на сифилис.

Из анамнеза: со слов пациента 10 лет назад появились высыпания на гениталиях, к врачу не обращался. Самостоятельно проколол себе антибиотик, название не помнит. Жена лечение не получала.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Результаты серологического исследования (ИФА, РМП, РИФ) у мужа пациентки от 03.04.14 г. отрицательные.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Какие дополнительные обследования следует провести в данном случае?

2. Ваш предварительный диагноз.

3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Рекомендовано провести спинномозговую пункцию с целью исключить нейросифилис.

2. Сифилис скрытый поздний.

3. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 81.**

Пациентка М. Т. И., 14.02.1956 г.р., представлена на мед.консилиум в связи с положительным результатом ИФА крови на сифилис, выявленным в кардиологическом отделении ЕЙСкой ЦРБ, где находилась с диагнозом :ИБС.

Из анамнеза: со слов пациентки в 1979 г. с положительной кровью на сифилис обследовалась в г. Ейске, но самостоятельно прервала обследование и уехала в г. Воркута, лечение по сифилису не получала. В 2003 г. со слов обследовалась на сифилис в Калининградской области, где был выставлен диагноз: ложноположительные реакции на сифилис. Подтверждающую мед.документацию не предоставила.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

От проведения спинномозговой пункции пациентка отказалась.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 82.**

М. Д. С.,12.01.1988 г.р., представлена на мед.консилиум в связи с положительным результатом ИФА крови на сифилис, выявленным в женской консультации при обследовании по поводу беременности. В настоящее время беременность 34-35 недель.

Из анамнеза: беременностей – 5, роды – 0, аборты – 2, выкидыш самопроизвольный – 1, внематочная – 1.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Результаты серологического исследования (ИФА, РМП, РИФ) у полового партнера пациентки от 04.04.14 г. отрицательные.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

От проведения спинномозговой пункции пациентка отказалась.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 83.**

Пациент М. А. П., 10.07.1977 г.р., выявлен по положительному результату ИФА крови на сифилис в АПО ККВД при прохождении медосвидетельствования для получения разрешения вида на жительство в Краснодарском крае. Направлен на консультацию в ГБУЗ ККВД, где было проведено дополнительное серологическое исследование.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Вопросы.

1. Ваша тактика.
2. Консультация каких смежных специалистов необходима?
3. Какие дополнительные обследования следует рекомендовать?
4. Ваш предварительный диагноз.

Ответы.

1. Рекомендовано дообследование, после которого состоится повторный консилиум.
2. Окулист, невролог, кардиолог, ЛОР
3. Рекомендовано проведение спинномозговой пункции и УЗИ сердца с целью исключения специфической патологии.
4. Сифилис скрытый поздний.

**Задача 84.**

Ч. С. И.. 28.06.1959 г.р., представлен на мед.консилиум в ГБУЗ ККВД в связи с положительным результатом ИФА крови на сифилис, выявленным в апреле 2014 г. в кардиологическом отделении ККБ №1,где пациент находился на лечении с диагнозом: аневризма восходящего отдела и дуги аорты с тромбообразованием. Диссекция аорты? Хроническая форма фибрилляции предсердий. Относительная недостаточность МК и ТК. ГБ 3 ст., риск 4.

Из анамнеза: в марте 2014 г.пациенту был установлен диагноз: сифилис скрытый ранний. С 06.03.14 по 03.03.14 г. прошел полный курс специфического лечения в стационаре Темрюкского филиала ГБУЗ ККВД. Получил бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн ЕД, в/м, 6 Р/сут, КД 168 млн. ЕД. Переведен на КСК. Жена пациента : Ч. Н. П. 1964 г.р.,с 12.03.14 по 09.04.14 г. прошла полный курс специфического лечения по поводу сифилиса скрытого раннего. Переведена на КСК,

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

Кардиолог - аневризма восходящего отдела и дуги аорты с тромбообразованием. Диссекция аорты? Хроническая форма фибрилляции предсердий. Относительная недостаточность МК и ТК. ГБ 3 ст., риск 4.

Данные ЭХО-КГ – аневризма восходящего отдела и дуги аорты с дисекцией и тромбозом. Кальциноз АК с регургитацией. Дилатация предсердий. Недостаточность МК и ТК. Гипертрофия миокарда ЛЖ.

ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Какие дополнительные обследования следует провести в данном случае?

2. Ваш предварительный диагноз.

3. Ваша тактика.

Ответы.

1. Рекомендовано провести спинномозговую пункцию с целью исключить нейросифилис.

2. Сифилис сердечно-сосудистой системы.

3. Взять пациента на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 85.**

Ребенок К. А., 14.03.2013 г.р., рожденная от матери К. Н. Ю., больной сифилисом, выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис в Каневском перинатальном центре во время родов при обследовании крови на сифилис.

Из анамнеза: ребенок родился от матери К. Н. Ю., 1985 г.р., которой 21.03.2013 г. в ГБУЗ ККВД был установлен диагноз: сифилис скрытый поздний. К. Н. Ю. получила специфическое лечение – 2 курса с 29.03.2013г. по 21.05.2013г.

Ребенку К. А. проведено профилактическое лечение по схеме раннего врожденнго сифилиса с 2903.13 по 17.04.13г.

В настоящее время находится на «д» учете и КСК в Приморско-Ахтарском филиале ГБУЗ ККВД.

Вопросы.

1. Ваша тактика относительно ребенка.

2. Ваша тактика относительно матери.

Ответы.

1. Снять с «Д» учета.

2. Продолжить КСК.

**Задача 86.**

М. Ю. Ю.,03.01.1984 г.р., представлена на мед.консилиум в связи с положительным результатом ИФА крови на сифилис, выявленным в женской консультации при обследовании по поводу беременности. В настоящее время беременность 19-20 недель.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Результаты серологического исследования (ИФА, РМП, РИФ) у полового партнера пациентки от 21.02.14 г. отрицательные.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

От проведения спинномозговой пункции пациентка отказалась.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. Новорожденного обследовать в соответствии с приказом МЗ РФ № 291 от 30.07.01 г.

**Задача 87.**

С. И. И., 56 лет, при прохождении проф.мед.осмотра выявлена по положительному результату ИФА крови на сифилис. Направлена на консультацию в ГБУЗ ККВД, где было проведено дополнительное серологическое исследование.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый ранний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 88.**

Н. А. А., 28.12.1989 г.р., представлена на мед. консилиум дерматовенерологом Красноармейского района В. Е. Г.

Клинические проявления на коже и слизистых отсутствуют.

Результаты серологического исследования (ИФА, РМП, РИФ) у полового партнера пациентки от 27.02.14 г. отрицательные.

От проведения спинно-мозговой пункции отказалась.

Заключения смежных специалистов:

терапевт, невролог, окулист, ЛОР – специфической патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 89.**

Пациентка Х.Л.В., 19772 г.р., выявлена по положительному результату крови на сифилис при обследовании в поликлинике.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

Сифилис скрытый неуточненный, как ранний или поздний.

Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК.

**Задача 90.**

Пациентка С.А.Л., была вявленна по положительному ИФА крови на сифилис при обследовании по поводу беременности. В настоящее время беременность 26-28 недель. Из анамнеза известно, что в 2001 году в ККВД г.Краснодар получала лечение по поводу сифилиса вместе с мамой. Мед.документацию подтверждающую лечение не предоставила. По картотеке не числится.

Со стороны других органов и систем патологии нет.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша тактика.

Ответы.

1. Сифилис скрытый поздний.

2. Взять пациентку на «Д» учет и провести специфическое лечение в соответствии с диагнозом согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК. Новорожденного обследовать в соответствии с приказом МЗ РФ № 291 от 30.07.01г.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

***Основная:***

1.Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с. ISBN 978-5-89644-123-6

***Дополнительная:***

1. Заболеваемость различными формами сифилиса в Российской Федерации/Иванова М.А., Соколова Т.А., Матушевская Ю.И.// Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2017. № 6. С. 121-124. - Режим доступа URL: https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-razlichnymi-formami-sifilisa-v-rossiyskoy-federatsii/viewer (дата обращения: 22.05.2021)

2. Клинико-эпидемиологическая картина сифилитической инфекции на современном этапе./Багирова А.А. Ломоносов К.М.//Медицинский алфавит. Том 1, №7. 2019 - Режим доступа URL: https://www.med-alphabet.com/jour/article/view/1047?locale=ru\_RU

3. Профилактика сифилиса: виды и стратегические направления/ Потекаев Н.Н,Негашева Е.С., Фриго Н.В., Новожилова О.Л, Жукова О.В, Китаева Н.В,/ Профилактическая медицина. 2019. т.22.№2 С 38-44. - Режим доступа URL: http://eport.fesmu.ru/eLib/Article.aspx?id=386026 (дата обращения: 18.05.2021)

4. Поздние формы сифилиса: современное состояние проблемы/Мавлютова Г.И., Юсупова Л.А. Мисбахова А.Г.,/Лечащий врач 2015 №6. С 73 - Режим доступа URL:https://www.lvrach.ru/2015/06/15436248 (дата обращения: 01.06.2021)

***Использованная авторами:***

1. Мордовцев В. Н. Клиническая дерматология: учебник / В. Н. Мордовцев, Ю. С. Бутов, В. В. Мордовцева; под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. т. 2. С. 212—233. – ISBN 978-5-9704-1100-1

2.Олисова О.Ю. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Ю. Олисовой; ФГАОУ ВО Москва, 2019. - 296 с. - ISBN 978- 598811-568-7

3. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2006–2016 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 2017;(5):16-25. (дата обращения: 06.05.2021)

4. Ранний врожденный сифилис: решенные и нерешенные вопросы диагностики/ Матыскина Н.В., Таранушенко Т.Е./ Российский вестник перинатологии и педиатрии 2019. Т. 64. № 2. С 75 - 80. - Режим доступа URL: https://cyberleninka.ru/article/n/ranniy-vrozhdennyy-sifilis-reshennye-i-nereshennye-voprosy-diagnostiki/viewer (дата обращения: 06.05.2021)

5. К проблеме диагностики раннего врожденного сифилиса: анализ клинического случая/ В. И. Сурганова, Н. В. Полякова, Н. К. Левчик, Н. В. Зильберберг, Т. А. Сырнева  
//Лечащий врач- 2021; 1 (24)-С. 20-23. . - Режим доступа URL: https://www.lvrach.ru/2021/01/15437820.

***Интернет-ресурсы:***

1. Вестник дерматологии и венерологии. Текст: электронный. Официальный сайт.-: <https://www.vestnikdv.ru/jour>.
2. Клиническая дерматология и венерология. Текст: электронный. Официальный сайт.-: <https://mediasphera.ru>.
3. Российский журнал кожных и венерических болезней. Текст: электронный. Официальный сайт.-: <https://www.medlit.ru/journalsview/skindiasease>.
4. Логодерм: информационно-диагностическая система по дерматовенерологии. Текст: электронный. Официальный сайт.-: <https://logoderm.ru/>.