

Мягкий шанкр

(син. шанкроид, венерическая
язва, третья венерическая
болезнь)

Мягкий шанкр (лат. *Ulcus Molle*)

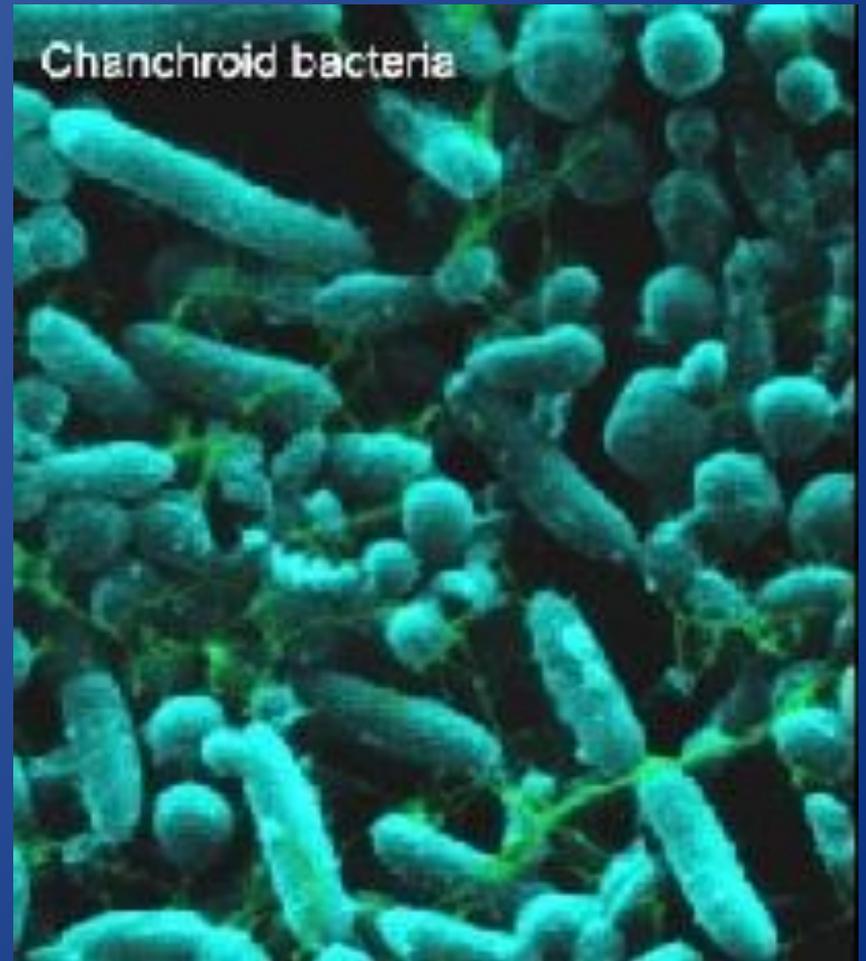
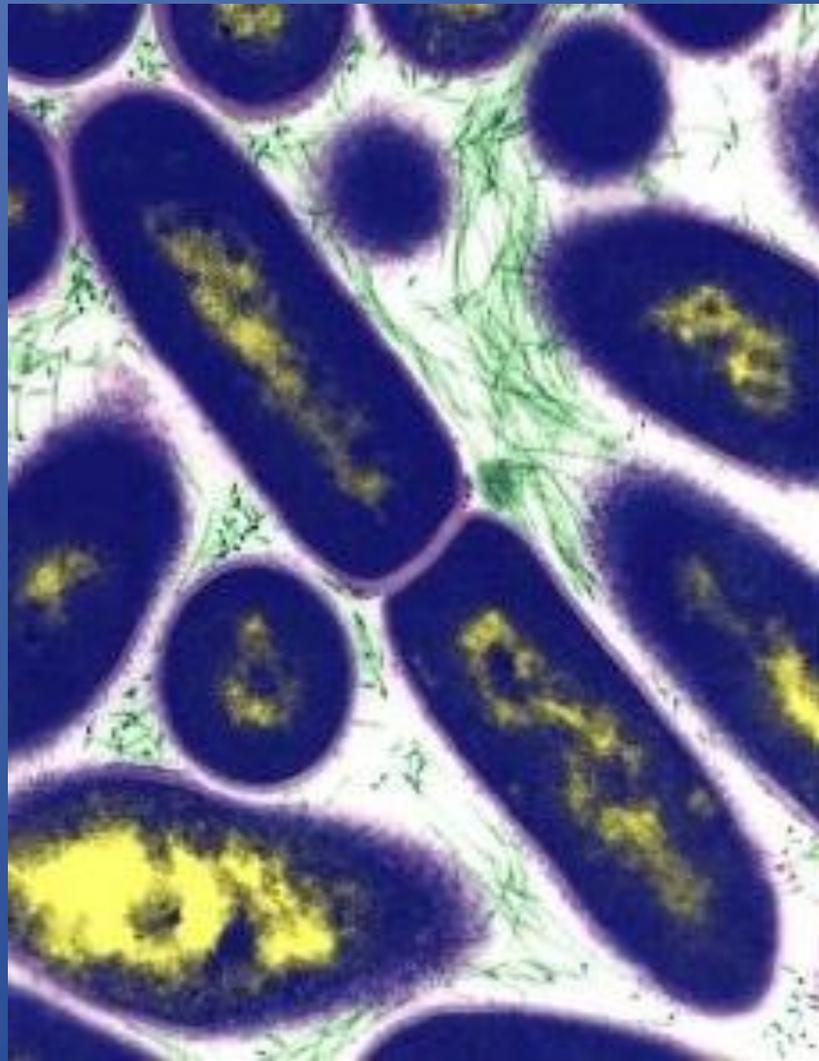
— инфекционное заболевание, передающееся половым путем. Возбудителем болезни является бактерия *Haemophilus ducreyi*. Заболевание распространено главным образом в Африке, Центральной и Южной Америке. В России встречается крайне редко.

Этиология

- Возбудителем мягкого шанкра является палочка мягкого шанкра *Haemophilus ducreyi*
- относится к роду *Haemophilus*
- грамотрицательная, неподвижная факультативно анаэробная палочка
- длина стрептобацилл составляет 1,5-2 мкм, а толщина 0,4-0,5 мкм
- они имеют закругленные концы, а в середине – перетяжку
- Палочки мягкого шанкра располагаются в очаге поражения довольно характерным образом: параллельными рядами



- спор и капсул микроорганизм не образует
- штаммы *H. Dacreyi* несут ампициллинорезистентную плазмиду, которой они могут обмениваться с *H. influenzae* и поэтому предполагается возможность широкого распространения множественной лекарственной устойчивости этих микроорганизмов.



Пути передачи

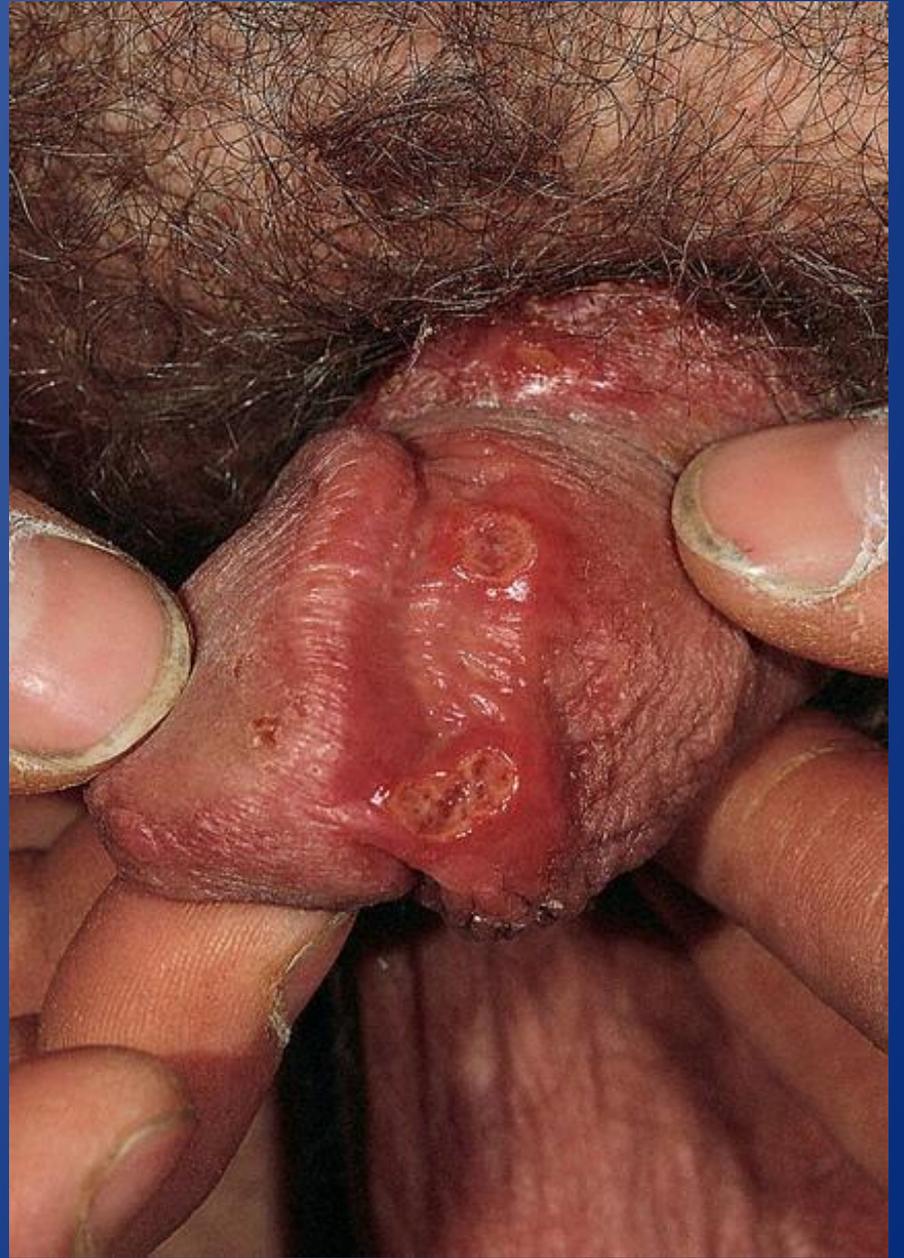
- Основной путь передачи шанкроида как и всех венерических заболеваний - половой. Заражение может произойти при любом виде полового контакта: как генитальном, так и оральном, и анальном.
- Внедрение возбудителя происходит через микротравмы и ссадины эпидермиса или слизистую оболочку половых органов.

- отрицается трансплацентарная передача инфекции.
- Случаи бытовой передачи инфекции казуистически редки.
- Мягкий шанкр в равной степени поражает мужчин и женщин, однако, случаи скрытого бациллоносительства описаны по большей части у женщин.

Гистопатология

- На месте инфицирования развивается очаг обильного клеточного инфильтрата.
- Инфильтрат распространяется по периферии очага, по сосудам, но обычно не доходит до подкожной клетчатки.
- Характерной особенностью мягкого шанкра является наклонность к быстро наступающему обширному некротическому распаду пораженной ткани.
- Через 1-2 суток в центре очага образуется пустула, после вскрытия которой возникает глубокая язва с неровным дном;

- Края язвы утолщены, с неровными контурами, нависают над периферической частью язвы. Поверхность язвы покрыта детритными массами и гнойным отделяемым. Распад ткани локализуется не только в области язвы, но распространяется и к периферии очага, обуславливая подрытость краев язвы.
- В дальнейшем инфильтрат рассасывается, появляются новообразованные сосуды, развивается грануляционная ткань. Процесс заканчивается образованием



Клиника

- Инкубационный период 1-3 суток.
- Локализуется мягкий шанкр, как правило, на половых органах или на окружающей коже: внутренней поверхности бёдер, коже лобка, межъягодичной и перианальных складок и пр. При неполовом заражении мягкий шанкр может локализоваться на кистях, пальцах рук и др. участках кожи.

- На месте внедрения возбудителя появляется гипермированное, слегка отёчное пятно, растущее по периферии.
- В центре пятна на следующие сутки формируется небольшая пустула, которая через 2-4 дня вскрывается с образованием чрезвычайно болезненной язвы.
- Язва быстро увеличивается по периферии и в глубину, достигая 10-15 мм в диаметре.

- **Характеристики язвы**

- Округлая или неправильная форма
- Подрытые, изъеденные края
- Неровное дно, покрытое гнойным налетом
- По периферии наблюдается отечный воспалительный венчик
- При пальпации основание язвы мягкое, инфильтрат отсутствует.

- Обильное отделяемое со дна язвы имеет гнойный или гнойно-геморрагический характер и содержит большое количество стрептобацилл.
- Аутоинокуляция инфекции происходит при попадании возбудителей на окружающую кожу, вследствие чего мягкий шанкр часто бывает множественным, при этом «основная» язва окружена более мелкими - «дочерними» язвенными дефектами.
- Через 3-4 нед. после образования язвы дно её начинает очищаться от гноя, затем появляются грануляции, и через 1-2 мес. после заражения процесс заканчивается рубцеванием.









- При отсутствии же полноценного лечения мягкого шанкра следующей ступенью мягкого шанкра становится поражение лимфатических узлов и сосудов, которое приводит к многочисленным осложнениям.



- Лимфоузлы отличаются болезненностью; они спаяны между собой и с окружающей тканью. При дальнейшем развитии кожа над узлами нередко краснеет, появляется флюктуация, и узлы, вскрывшись, выделяют гной, в котором иногда удается обнаружить вирулентный бубон. На месте вскрывшегося вирулентного бубона образуется язва, обладающая типичными чертами и особенностями мягкого шанкра.

- При ослаблении организма (туберкулез, сифилис, малярия) в процесс может быть вовлечено несколько лимфатических узлов; тогда бубоны достигают больших размеров и, вскрываясь, образуют свищи, из которых выделяется сливкообразный гной. Такие бубоны носят название струмозных, имеют длительное течение, сопровождаются ослаблением всего организма и долго не заживают.

Формы шанкроида

- **Фагеденические язвы** развиваются чаще всего у страдающих алкоголизмом, сифилисом или диабетом. Язвы имеют бугристое дно; они очень болезненны, имеют резко отечные подрытые края и могут достигать значительных размеров. В развитии фагеденических мягкошанкрных язв немалую роль играют внешние условия: загрязнение, присоединение посторонней флоры



- **Гангренозная язва** развивается вследствие нарушения кровообращения. Общее состояние больных тяжелое. Температура повышается, больные жалуются на сильные ноющие боли.
- **Дифтероидный шанкроид** - язвы покрыты зеленовато-серым фибринозным налетом.

- **Серпигинозная язва**, заживая на одном конце, развивается на другом и сопровождается обширными изъязвлениями, которые могут существовать месяцами и годами; отделяемое гнойно-кровянистое с очень неприятным запахом.

- **Фолликулярные шанкры** возникают, когда стрептобацилла попадает в фолликулы и выводные протоки сальных желез (мошонка, большие половые губы).
- **Возвышенный мягкий шанкр** (*ulcus molle elevatum*) - разновидность мягкого шанкра, образуется, когда центральный участок язвы вследствие сильного развития грануляций пуговицеобразно приподнимается и становится выше окружающей поверхности.

- **Смешанный шанкр** (*ulcus mixtum*) является результатом смешанной инфекции - трепонемой и стрептобациллой - при заражении одновременно или в разное время сифилисом и мягким шанкром; в последнем случае больные сначала заражаются твердым шанкром и, ввиду безболезненности последнего, продолжают половые сношения и заражаются уже мягким шанкром.

Осложнения

- Лимфангит
- Лимфаденит
- Фимоз
- Парафимоз



Дифдиагностика

- Шанкроид следует отличать от:
- твердого шанкра (сифилис),
- простого герпеса,
- эрозивного и гангренозного баланопостита или вульвита,
- дифтерии половых органов,
- туберкулезных язв,
- шанкриформной пиодермии,
- абсцедирующего пахового лимфаденита,
- кожно-язвенной формы туляремии, трихомонадных язв.

- Наиболее затруднена диагностика с первичным периодом сифилиса. Необходимы многократные исследования (10-15 раз) отделяемого язв на бледную трепонему, взятие крови на реакцию Вассермана каждые 5-7 дней, постановка реакции иммунофлюоресценции и привлечение к обследованию всех половых контактов больных за последние 3-6 месяцев.

Диагностика

- Возбудитель шанкроида можно обнаружить при окрашивании по Романовскому-Гимзе. В препаратах видны мелкие палочки, расположенные в виде "стаи рыб" между лейкоцитами. Современная диагностика мягкого шанкра осуществляется с помощью полимеразной цепной реакции.

Лечение

- Первоначальную терапию рекомендуют начинать с сульфаниламидных препаратов, чтобы избежать маскировки сифилиса: котримоксазол (2 таб. утром и вечером в течение 12-14 дней); бисептол (2 таб. два раза в день в течение 12-14 дней).

- Применяя при шанкроиде антибиотики, следует учитывать их трепонецицидное действие. При этом предпочтение отдают препаратам, которые не оказывают действия на бледную трепонему. С этой точки зрения целесообразно лечение аминогликозидами (гентамицин, канамицин, сизомицин, амикацин и др.): канамицин (в/м по 500 тыс. ЕД 2 раза в сутки, на курс - 10-15 млн ЕД); мономицин (в/м по 500 тыс. ЕД 2 раза в день, на курс - до 10 млн ЕД).

- Доказана высокая эффективность применения при шанкроиде нескольких лекарственных препаратов, применяемых в один прием одновременно: 640 мг триметоприма, 3200 мг сульфаметоксазола, 2 г спектиномицина внутримышечно и 250 мг цефтриаксона внутримышечно. При появлении устойчивых к антибиотикам форм стрептобацилл достаточно принять азитромицин однократно (1,0 г).

- Пациенты должны быть повторно обследованы через 3-7 дней после начала терапии. При успешном лечении состояние язв улучшается симптоматически в течение 3 дней и объективно - в течение 7 дней после начала терапии.

Профилактика

- Профилактика шанкроида проводится с учетом общих принципов предупреждения заражения болезнями, передаваемыми половым путем. Необходимо наблюдение за больными после окончания лечения в течение 3-12 месяцев с ежемесячным проведением клинико-серологического контроля. Лица, имевшие половые контакты с больным шанкроидом в течение 10 дней до проявления у этих пациентов клинической картины, должны быть обследованы и пролечены, даже при отсутствии у них симптомов заболевания.

Спасибо за внимание

Абакарова Асият Камиловна 400гр.