



«ВЕЛИКИЙ ИМИТАТОР»: ошибки в диагностике первичного сифилиса

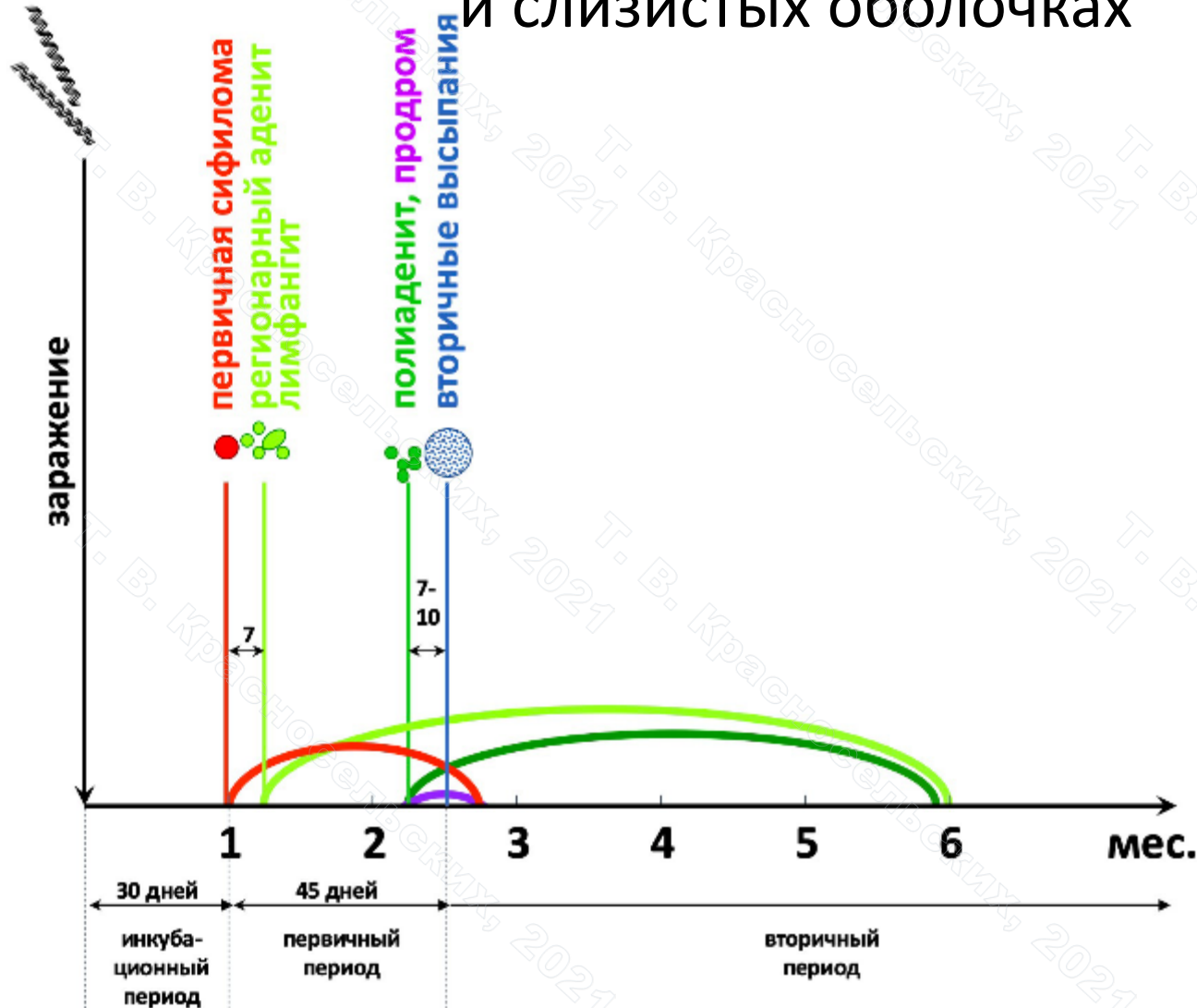


Sir William Osler
(1849-1919)

“I often tell my students that [syphilis] is the only disease which they require to study thoroughly. Know syphilis and all its manifestations and relations, and all other things clinical will be added unto you... He who knows syphilis knows medicine”

- Частота диагностических ошибок при сифилисе составляет **около 30%** по отношению к числу зарегистрированных больных, причем большая их часть **(85-99%)** приходится на ранние формы заболевания
- Наиболее часто ошибки совершают акушеры-гинекологи, терапевты и дерматовенерологи

Первичный период сифилиса — время от момента возникновения первичной сифиломы до первого появления диссеминированных высыпаний на коже и слизистых оболочках



Клинические проявления первичного сифилиса:

- Первичная сифилома
- Регионарный лимфаденит
- Специфический лимфангит
- Специфический полиаденит
- Продромальный синдром

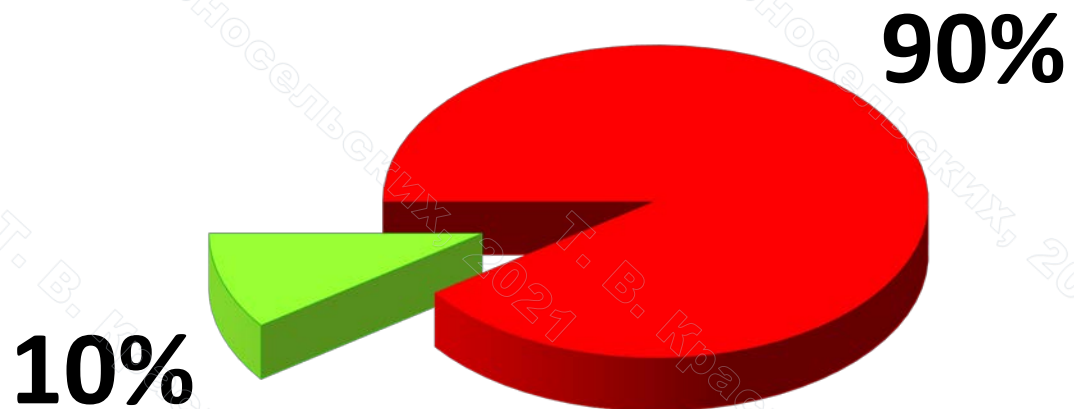
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТИПИЧНОЙ ПЕРВИЧНОЙ СИФИЛОМЫ

1. Эрозия или поверхностная язва
2. Элементы одиночные или единичные (2-3)
3. Очертания круглые или овальные
4. Размер 5-15 мм
5. Отсутствует периферический рост
6. Границы ровные, четкие
7. Цвет ярко-красный («свежего мяса»), налет серовато-желтого цвета («испорченного сала»)
8. Края эрозии — на уровне окружающей неповрежденной кожи или несколько возвышаются; края язвы — покатые, не подрытые («блюдецобразные»)
9. Дно гладкое, блестящее («лакированное»)
10. В основании — плотно-эластический инфильтрат, четко отграниченный от окружающих тканей и выходящий за пределы эрозии/язвы
11. Нет субъективных ощущений
12. Кожа вокруг эрозии/язвы не воспалена
13. Поверхность эрозии/язвы покрыта скудным прозрачным или опалесцирующим отделяемым

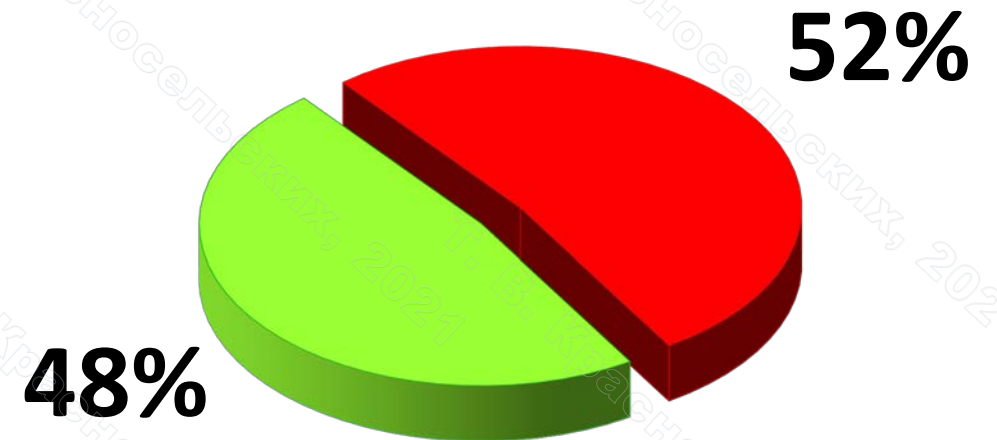


Соотношение эрозивных и язвенных первичных сифилом

Конец XIX в. (А. Фурнье)



В настоящее время



■ Эрозивные ■ Язвенные

Факторы, способствующие возникновению язвенных первичных сифилом:

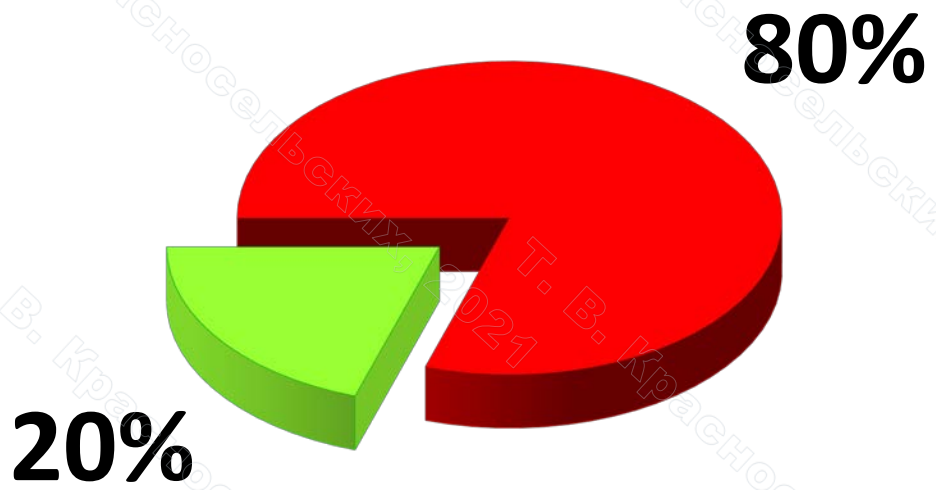
1. Травматизация
2. Нерациональное лечение (раздражающие, прижигающие средства)
3. Присоединение вторичной инфекции
4. Наличие тяжелых соматических заболеваний, хронических интоксикаций, пожилой возраст



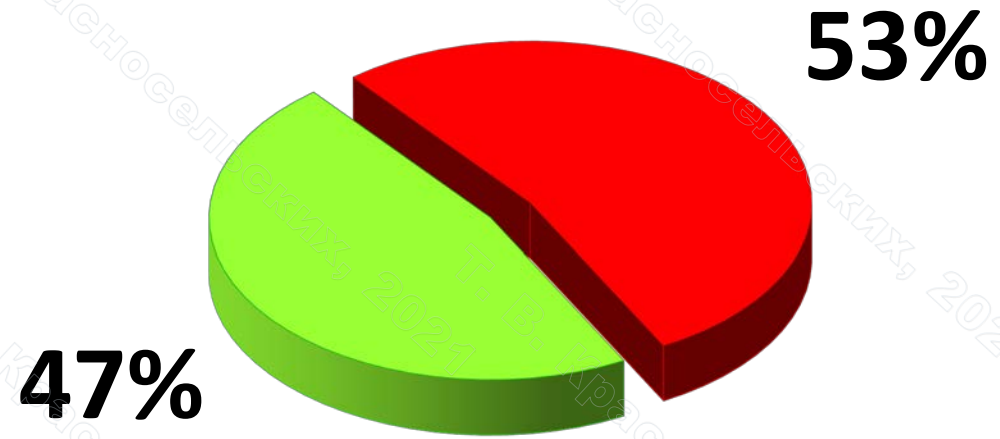
**Отклонения
от типичной
клинической картины
первичной сифиломы**

Соотношение одиночных и множественных первичных сифилом

Конец XIX века (А. Фурнье)



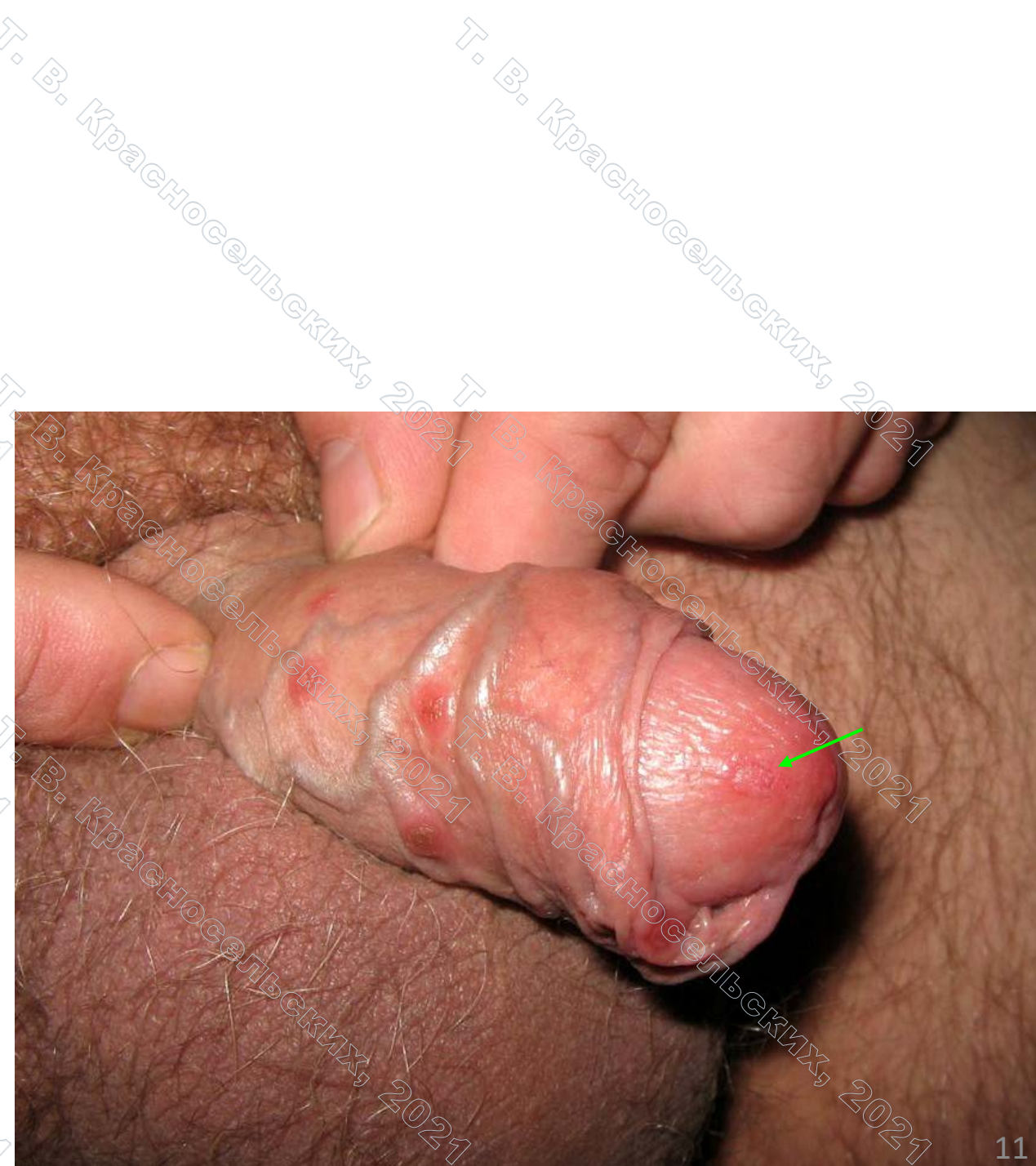
В настоящее время



■ Единичные ■ Множественные

Факторы, способствующие возникновению множественных первичных сифилом:

- 1. Множественные «входные ворота» инфекции:**
первичные аффекты появляются одновременно, находятся на одной стадии развития, одинакового размера
- 2. Многократные повторные контакты с источником заражения (суперинфекция):** первичные аффекты появляются не одновременно («последовательные шанкры»), различны по размеру, выраженности инфильтрации



Мужчина Г., 32 лет, алкоголик, жалуется на на множественные «ранки» на половом члене, лобке и болезненные «опухоли» в паху. Первые «царапины» и жжение появились во время полового контакта, через 4 дня число их резко возросло. Через 2 недели обратился к венерологу.

Кожа головки, внутреннего листка крайней плоти, уздечка, венечная борозда усеяны мелкими эрозиями 0,2×0,2 и 0,3×0,3 см, между ними расположены более крупные эрозии (0,5×0,5 и 0,5×0,8 см) с полициклическими очертаниями (образовались в результате слияния нескольких элементов). Эрозии мяско-красного цвета, безболезненные, без воспаления вокруг, обильно отделяют серозный экссудат. Большинство элементов имеют листовидный инфильтрат, под самыми мелкими — инфильтрат не прощупывается. **Всего насчитывается 50 эрозий.** На лобке — **2 язвы** 0,5×0,5 см, покрытые коркой, с инфильтратом, безболезненные. Паховые лимфоузлы справа 2×1,5 см, слева — 1,5×1 см, подвижные, плотно-эластической консистенции, болезненные. Паховый лимфаденит появился на 10 день после высыпаний на гениталиях. На спинке полового члена — лимфангоит. Кубитальные, шейные, подмышечные лимфоузлы — 0,5×0,8 см.

***Tr. pallidum* в серозном отделяемом эрозий (+).** Серологические реакции отрицательные.
Диагноз: Lues I seronegativa.



У половой партнерши Б., 28 лет, — Lues II recens (розеолезная сыпь на туловище и конечностях, папуло-пустулезные сифилиды волосистой части головы, папулы ладоней и подошв, обильный эрозивный папулезный сифилитид гениталий, эритематозная ангина, ларингит, полиаденит).

Еще у 5 партнеров этой женщины — первичный сифилис. У четверых — по 1-3 язвенных шанкра и у одного (М., 25 лет) — 11 эрозивных первичных сифилом (однократный половой контакт с ним в те же сроки, что и с Г.).

Б. для лечения эрозивных высыпаний на гениталиях применяла грубо измельченные таблетки белого стрептоцида. Во время фрикций у больных Г. и М. возникли многочисленные микротравмы эпидермиса половых органов, которые послужили входными воротами для бледных трепонем.

У 4 половых партнеров, контакты с которыми были до применения стрептоцида, первичный сифилис проявился единичными первичными сифиломами



Разновидности первичных сифилом по очертаниям:

1. Щелевидные (трещиновидные)

- перианальные складки
- внутренний листок крайней плоти и препуциальное кольцо
- губы, углы рта
- спинка языка
- область соска или ареолы

2. Полулунные

- десна (у шеек зубов)
- ареола соска
- шейка матки

3. Воронкообразные

- наружное отверстие уретры
- наружное отверстие цервикального канала

4. Звездчатые («сборчатые»)

- перианальные складки







- 8-12% женщин, больных первичным сифилисом
- Чаще — на передней (верхней) губе шейки матки или располагаются циркулярно вокруг наружного отверстия цервикального канала
- Ошибочно диагностируют неспецифические эрозии или рак шейки матки

- Эрозия или язва с четкими границами, круглая или полулунная, с зернистым ярко-красным или покрытым сероватым налетом дном, без воспаления по периферии
- Регионарные лимфатические узлы недоступны для пальпации





DermNetNZ.org

Варианты первичных сифилом по размеру



Выраженность инфильтрата в основании первичных сифилом



Четко выраженный инфильтрат
отсутствует у 5% больных

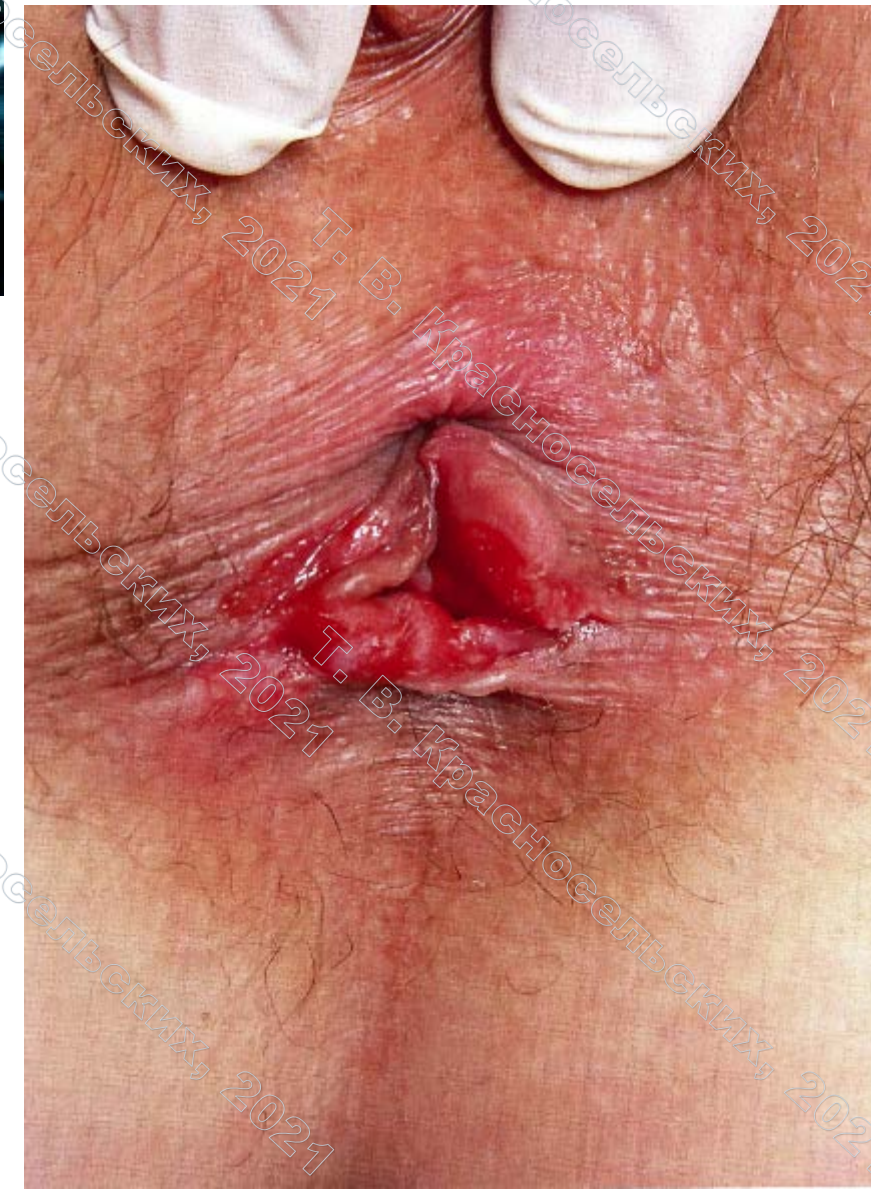
Герпетиформная первичная сифилома:



Напоминает генитальный герпес:

- эрозии с полициклическими очертаниями
- уплотнение в основании выражено слабо
- субъективные ощущения отсутствуют
- эпителизируются медленно

Болезненность первичных сифилом



Первичные сифиломы у наружного отверстия уретры:

- болезненны
- имеют массивный инфильтрат
- насыщенно-красного цвета
- наружное отверстие уретры сужено отечными и гиперемированными губками, может быть склеено корками, при удалении которых вытекает гнойное или серозно-кровянистое отделяемое
- торпидное течение, медленно эпителизируются

Внутриуретральные первичные сифиломы — чаще у мужчин, на фоне ИППП, в дистальной части уретры

- пальпируется ограниченное болезненное уплотнение в виде «воронки» вглубь от наружного отверстия уретры на 1-2 см (при локализации в ладьевидной ямке) или по ходу уретры
- отверстие уретры зияет или сужено
- выделения из уретры серозно-кровянистые
- жжение, боль, не связанные с актом мочеиспускания и при мочеиспускании
- возможно формирование стриктур уретры





В области задней спайки первичные сифиломы:

- выглядят щелевидными, при расправлении складки — круглые или овальные
- границы четкие
- в основании — пластинчатое уплотнение
- болезненны
- часто вторично инфицируются, их отделяемое становится гнойным



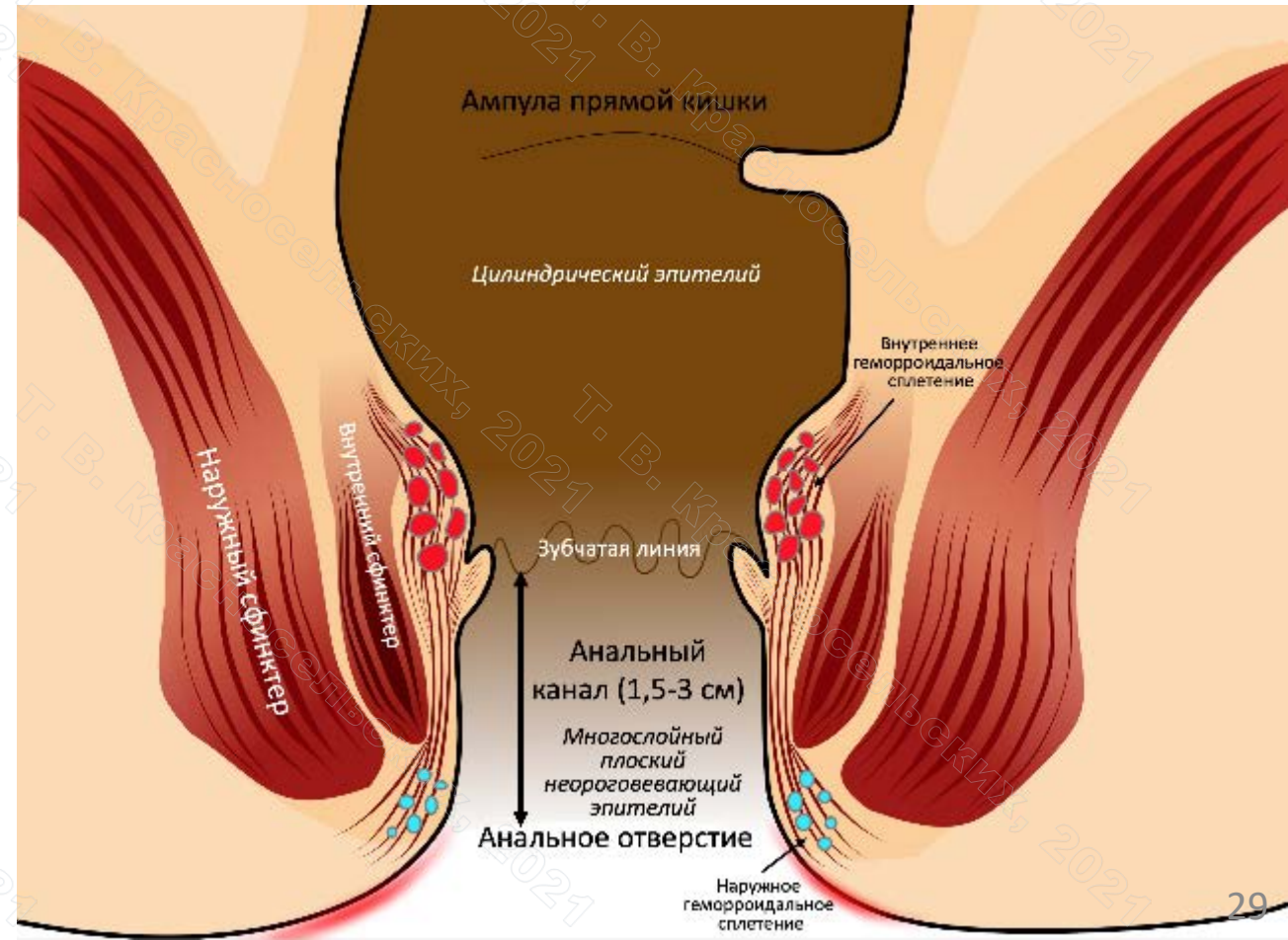
**Ошибки диагностики
при экстрагенитальной
локализации
первичных сифилом**

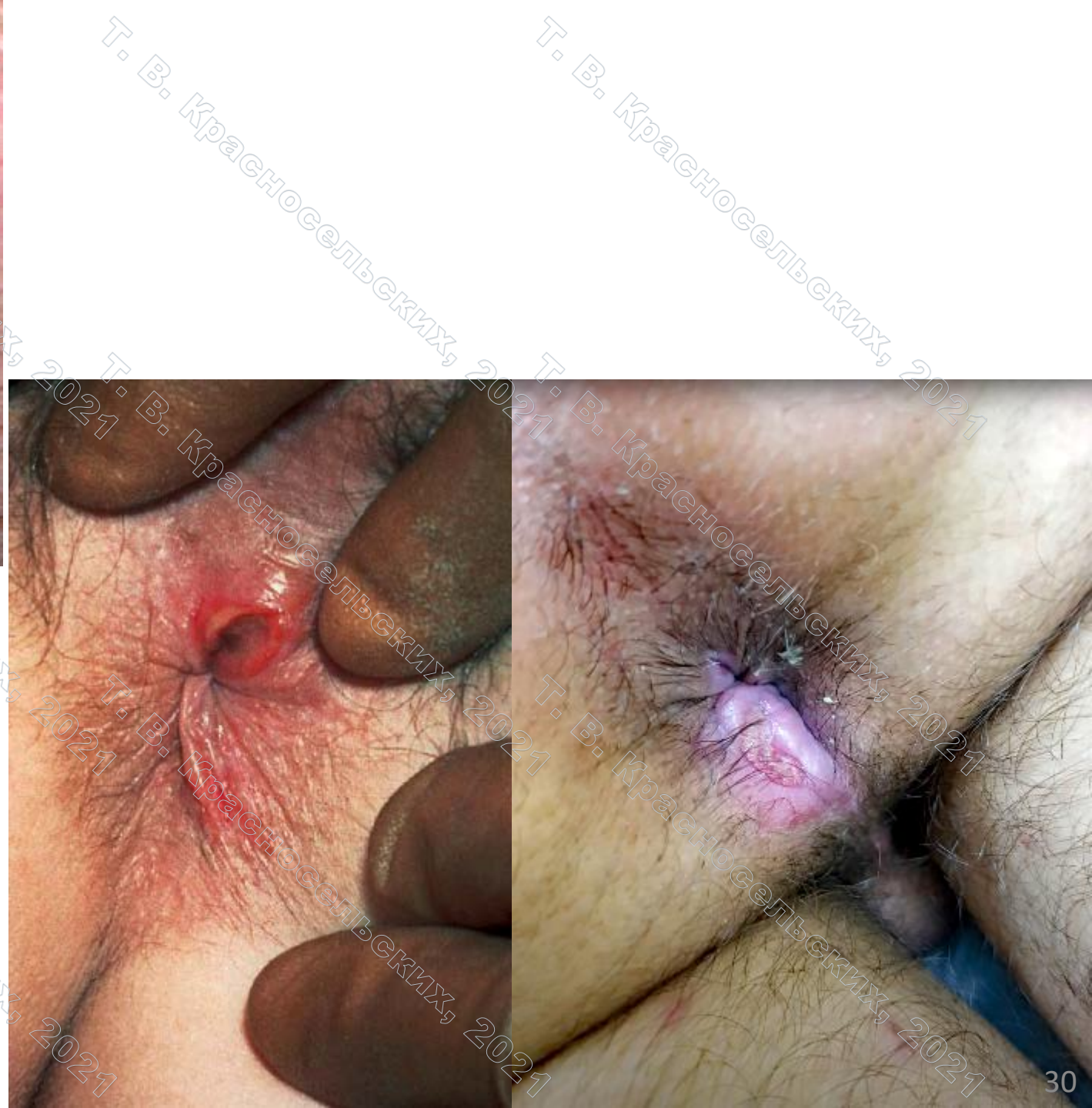
ВАРИАНТЫ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРВИЧНЫХ СИФИЛОМ:

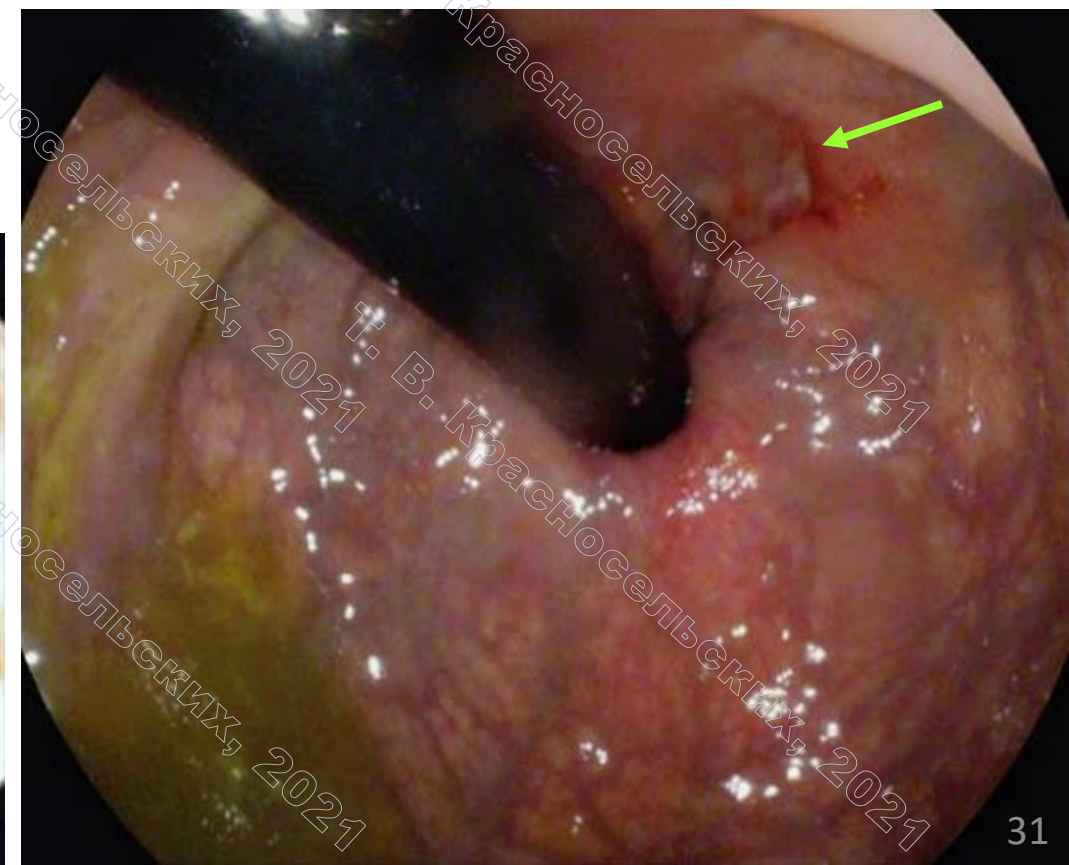
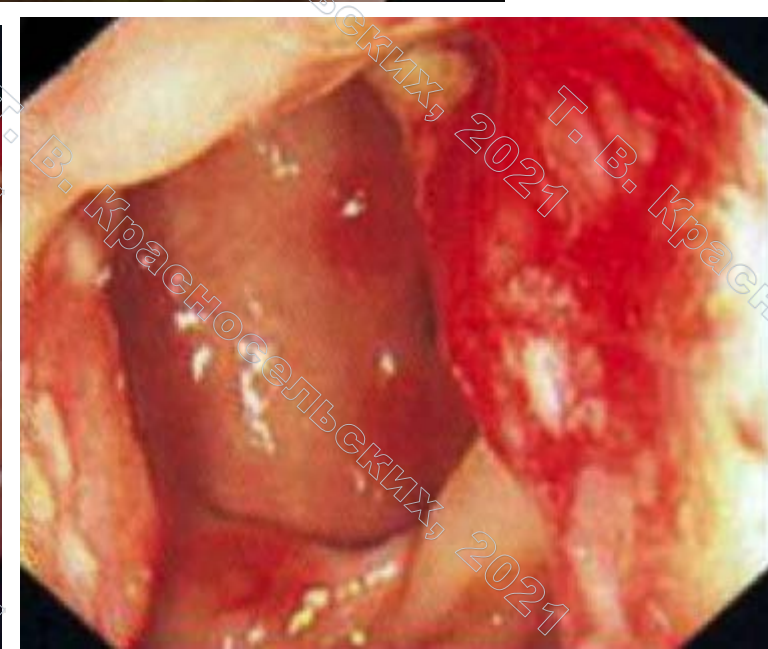
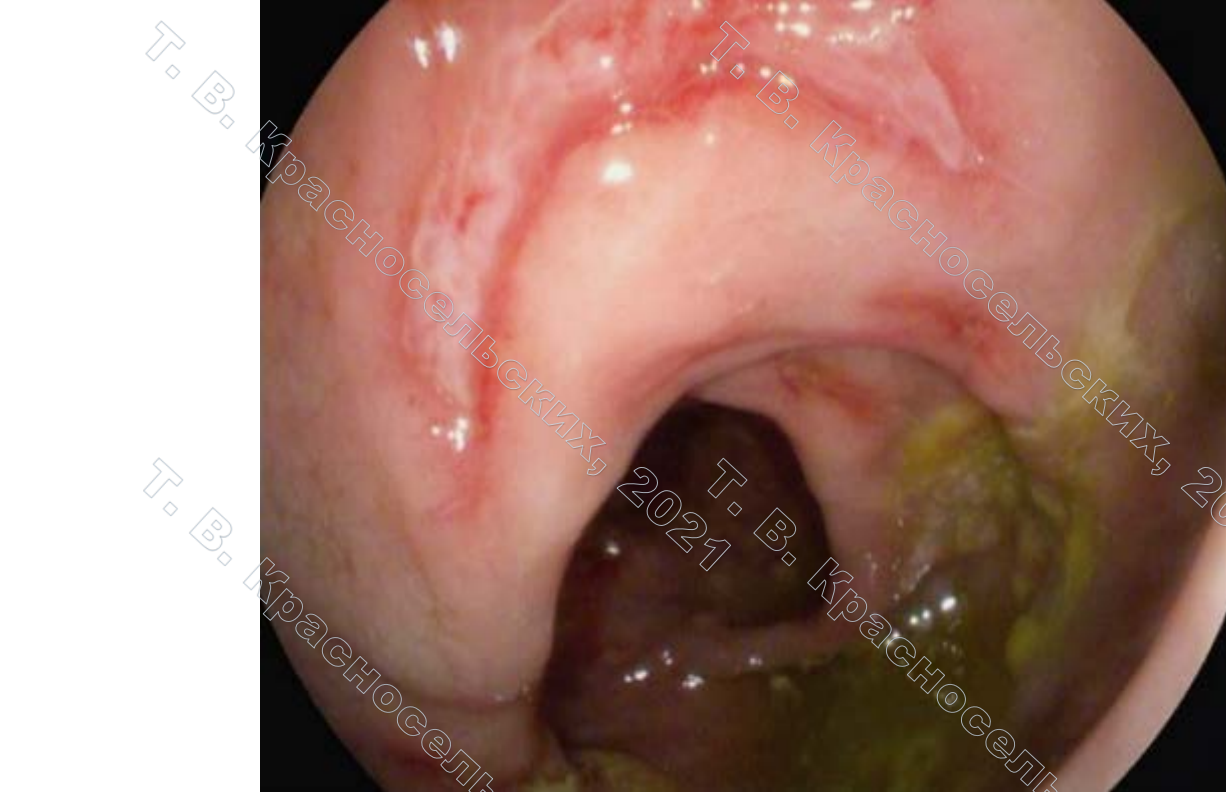
1. Генитальные — 85-94%
2. Экстрагенитальные — 5-14%
3. Биполярные — 1-2%

АНАЛЬНЫЕ ПЕРВИЧНЫЕ СИФИЛОМЫ

- Локализуются: в области перианальных складок
в области анального канала
на слизистой оболочке прямой кишки
(как правило, не диагностируются)
- Дискомфорт, ощущение инородного тела в области заднего прохода, тенезмы, боль при ходьбе и дефекации, примесь крови и слизи в каловых массах
- Чаще — эрозивные
- Очертания — щелевидные (перианальные складки), овальные (анальный канал), в виде «ракетки» (пограничные)
- Обычно незначительный инфильтрат
- Регионарный лимфаденит может не обнаруживаться без УЗИ (лимфоотток происходит в паховые и параректальные лимфоузлы)









Мужчина 35 лет, привлечен к обследованию как половой партнер двух больных вторичным сифилисом.

РМП 4+ 1:64, ИФА IgM отрицательный, ИФА IgG 4+, РИФ 4+, РПГА 4+.

За год до выявления заболевания обращался к проктологу по поводу плотного ограниченного образования в области заднего прохода, безболезненного, вызывавшего лишь ощущение дискомфорта. По поводу «острого парапроктита» под эпидуральной анестезией выполнен разрез. Серологическое обследование в тот период проведено не было. Через два дня был выписан домой, антибиотикотерапию не назначали.

В течение последующего года замечал на туловище мелкие пятна розового цвета. При осмотре: мелкоочаговая алопеция волосистой части головы, почти полное выпадение ресниц и латеральной части бровей. В перианальной области — единичные эрозивные папулы и рубец на месте перенесенного «парапроктита».

Диагноз: сифилис вторичный рецидивный.

Назначено лечение натриевой солью бензилпенициллина. На начало специфической терапии реакции обострения не было.

Причины ошибок в диагностике первичных сифилом анальной локализации:

- Недооценка врачами возможности возникновения первичной сифиломы в данной локализации, установление «по стереотипу» диагноза более часто встречающихся заболеваний (геморрой, трещина ануса, острый парапроктит, рак прямой кишки, болезнь Крона) **даже при наличии других симптомов сифилиса и положительных результатах серологических тестов!**
- Самолечение пациентов, расценивающих наблюдаемые симптомы как «геморрой», «раздражение», «потертость» и т.п.
- Необращение пациентов за медицинской помощью из-за боязни стигматизации

ОРАЛЬНЫЕ ПЕРВИЧНЫЕ СИФИЛОМЫ

- Локализуются: на красной кайме и слизистой оболочке губ
 - на языке
 - на деснах
 - на миндалинах, мягком нёбе
 - на слизистой оболочке щек } редко
- **На губах:**
 - чаще язвенные с выраженным (хрящевидным) инфильтратом
 - чаще на красной кайме нижней губы
 - щелевидные — по средней линии губы или в углу рта
 - унилатерально
 - болезненны
 - кровоточат
 - часто покрыты плотной, массивной буроватой коркой
 - длительно существуют
 - увеличены подчелюстные, шейные, предушные лимфоузлы



Острая травма



- Данные анамнеза
- Боль, жжение
- Острое воспаление — яркая эритема, отек



- Эрозии и язвы без инфильтрата в основании
- Неправильные очертания эрозий и язв
- Отделяемое от скудного серозного до обильного гнойно-геморрагического
- Регионарный лимфаденит обычно отсутствует
- Быстрый эффект от применения индифферентных наружных средств

Плоскоклеточный рак

- Чаще у лиц пожилого возраста
- Медленное развитие узелков, узлов с последующим изъязвлением
- Болезненность
- Края язвы неровные, очень плотные, приподнятые в виде валика и нередко вывороченные, язва глубокая
- Основание язвы деревянистой плотности
- Дно язвы бугристое, зернистое, сероватое, легко кровоточит, могут быть папилломатозные разрастания, участки кератоза
- Язва покрыта геморрагической или гнойной коркой
- Регионарные лимфоузлы вовлекаются на поздней стадии, консистенция их плотная, спаяны между собой и с окружающими тканями, болезненны





ОРАЛЬНЫЕ ПЕРВИЧНЫЕ СИФИЛОМЫ

- **На языке:** – обычно одиночные
 - локализуются на спинке и боковых поверхностях
 - болезненны при приеме пищи, разговоре
 - увеличены подъязычные, подчелюстные лимфоузлы



Травматический глоссит



Плоскоклеточный рак



ОРАЛЬНЫЕ ПЕРВИЧНЫЕ СИФИЛОМЫ

- На миндалинах: – обычно односторонние
– боль при глотании
– дисфагия
– увеличены подчелюстные, предушные, шейные лимфоузлы



ПЕРВИЧНЫЕ СИФИЛОМЫ ПАЛЬЦЕВ КИСТЕЙ

- Типичная эрозия, язва или шанкр-панариций
- Чаще — у мужчин
- Чаще всего — на дистальных фалангах, особенно 1-3 пальцев правой кисти

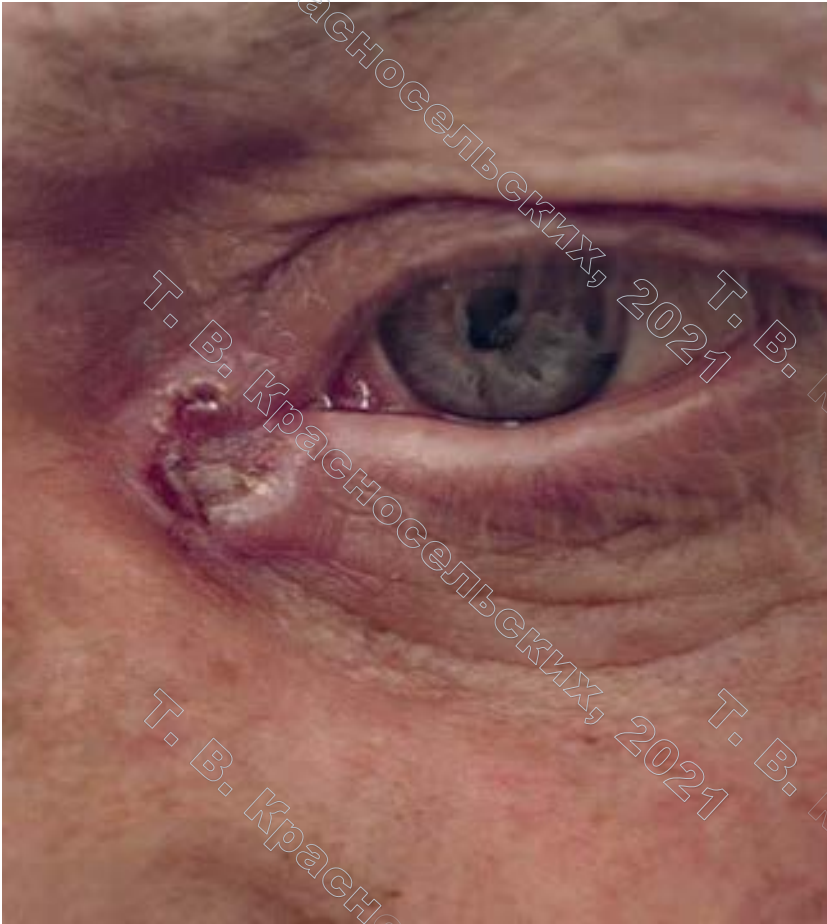


ПЕРВИЧНЫЕ СИФИЛОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Обычно локализуются в области соска или ареолы
- Круглые, овальные, щелевидные, полулунные
- Часто покрыты геморрагической коркой



ПЕРВИЧНЫЕ СИФИЛОМЫ ГЛАЗ



- Могут локализоваться в области ресничного края век, в углу глаза или на конъюнктиве (чаще на полулунной или нижней переходной складке)
- Болезненны
- Поражение всегда сопровождается конъюнктивитом и выраженным отеком век
- Первичные сифиломы ресничного края век часто приводят к рубцеванию и гибели ресничных фолликулов

- Увеличены предушные, заушные и подчелюстные лимфоузлы
- Ставят ошибочные диагнозы: язвенный блефарит, новообразование век



Шанкр внутренней поверхности верхнего века

Биполярные первичные сифиломы





**Ошибки диагностики
при осложнении
первичных сифилом
вторичной инфекцией**

ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ СИФИЛОМЫ:

1. Импетигинизация
2. Баланит/баланопостит
(вульвит/вульвовагинит)
3. Фимоз
4. Парафимоз
5. Гангренизация
6. Фагеденизм

Импетиגיнизация:



- Эритема и отек по периферии эрозии/язвы
- Гнойное или слизисто-гнойное отделяемое
- Болезненность эрозии/язвы
- Отделяемое сохнет в корку
- При микроскопии *Tr. pallidum* обнаруживается с трудом или не обнаруживается
- Болезненность регионарных лимфоузлов

Баланопостит/вульвовагинит:



- На фоне отечной эритемы — сливающиеся эрозии неправильных очертаний с мацерированным эпителием в окружности
- Эрозии без инфильтрата
- Серозно-гнойное отделяемое
- При микроскопии *Tr. pallidum* обнаруживается с трудом или не обнаруживается
- Болезненность регионарных лимфоузлов
- Эти изменения маскируют первичную сифилому



Фимоз:

- Отек, инфильтрация, снижение эластичности крайней плоти → сужение наружного отверстия крайней плоти → невозможность обнажения головки полового члена
- Яркая разлитая эритема, мягкий отёк и увеличение крайней плоти в объёме → половой член приобретает колбовидную форму
- Болезненность полового члена
- В препуциальном мешке — мацерация кожи → образование обширных эрозий, скопление экссудата
- Через суженное препуциальное кольцо выделяется жидкий гнойный, слизисто-гнойный или гнойно-геморрагический экссудат
- Болезненность, снижение подвижности регионарных лимфоузлов

NB! Каждый пациент с фимозом должен быть обследован на сифилис, так как фимоз может маскировать первичную сифилому!





Мужчина 30 лет, жалуется на боль в области полового члена, гнойное отделяемое из препуциального мешка и невозможность обнажить головку.

При осмотре кожа полового члена ярко-розовая, отечная, горячая на ощупь, кольцо крайней плоти сужено, головка полового члена не обнажается. Из препуциального мешка скудное гнойно-геморрагическое отделяемое. Через ткани препуциального мешка прощупывается малоблезненное уплотнение круглой формы. Паховые лимфатические узлы увеличены с двух сторон, больше справа, имеют плотно-эластическую консистенцию, не спаяны между собой и с окружающими тканями, умеренно болезненные.

На остальных участках кожи и доступных осмотру слизистых оболочках высыпаний нет.

Парафимоз:

- Острое осложнение фимоза, заключающееся в ущемлении головки полового члена суженной крайней плотью, сместившейся за головку
- Быстро развивается отек головки, она значительно увеличивается в размере, выглядит бледной или цианотичной
- Резкая болезненность головки
- Если своевременно не устранить ущемление головки полового члена, то процесс заканчивается некрозом головки полового члена и ущемляющего кольца крайней плоти

ВВ! Как можно более раннее вправление показано во всех случаях парафимоза!
Каждый пациент с парафимозом должен быть обследован на сифилис!



Iced-Glove Method



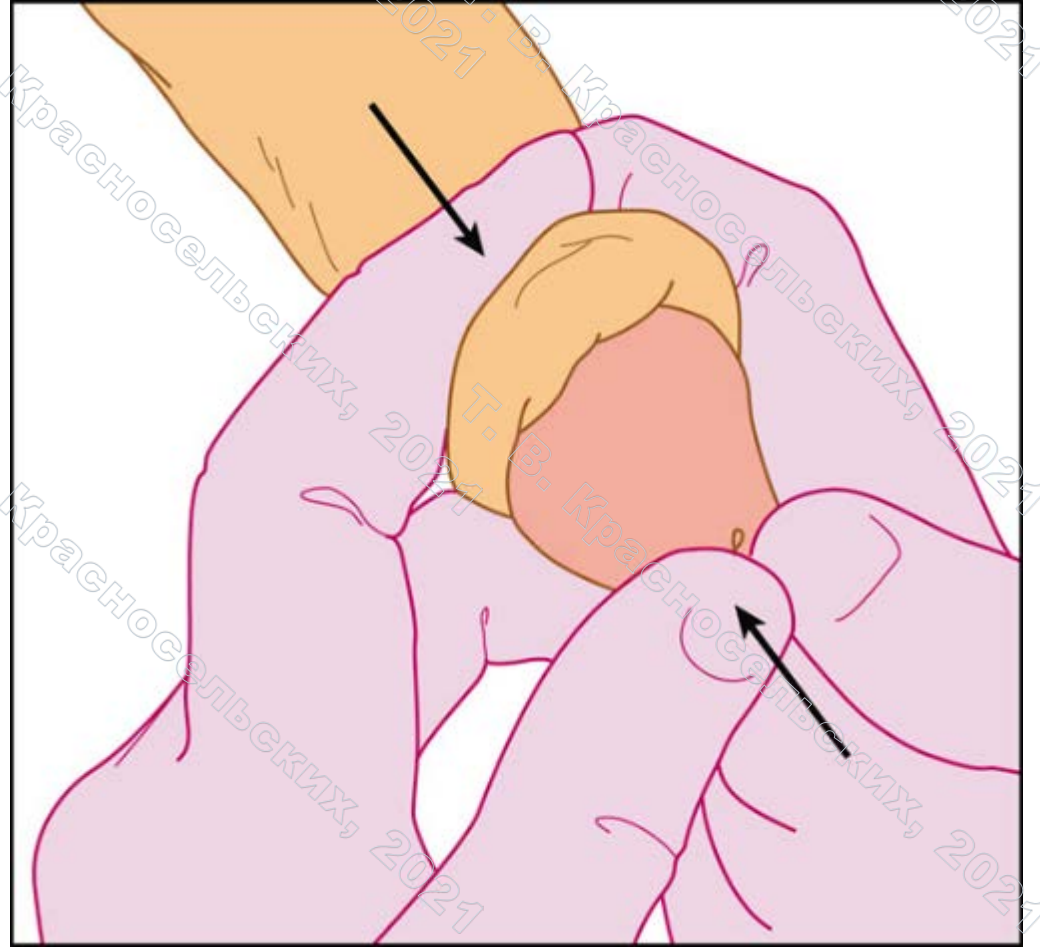
Fill a large glove halfway with crushed ice and water.



Securely tie the cuff end, and invaginate the thumb of the glove.



Draw the invagination over the lubricated paraphimotic penis, and hold it in place for 5 to 10 minutes. The combination of cooling and compression decreases edema and facilitates foreskin reduction.



Гангренизация:

- Редкое осложнение первичной сифиломы, возникает на фоне иммунодефицита вследствие активизации условно-патогенных анаэробных микроорганизмов (*Borrelia vincentii* + *Vacillus fusiformis* и др.)
- Струп грязно-серого, бурого или черного цвета, плотно спаянный с подлежащими тканями и **безболезненный**
- Некроз быстро распространяется вглубь, но **не выходит за границы** первичной сифиломы
- После отторжения струпа обнажается глубокая язва с жидким гнойно-геморрагическим отделяемым, поверхность которой быстро покрывается ярко-красными грануляциями, и язва заживает с образованием рубца
- Могут наблюдаться лихорадка, симптомы интоксикации



Фагеденизм:

- Редкое и самое тяжелое осложнение первичной сифиломы, возникающее на фоне иммунодефицита под влиянием фузоспириллярной микрофлоры
- Начало процесса – как при гангренизации
- Некроз распространяется не только **вглубь**, но и **за первоначальные границы** первичной сифиломы
- Обильное выделение жидкого гнойного отделяемого с резким гнилостным запахом
- Через несколько суток участок некроза отторгается, но распад тканей прогрессирует с вовлечением соседних участков → обширный некротический процесс, кровотечение
- Общее состояние больных нарушено, выражена интоксикация, температура тела достигает 39-40 °С





Ошибки при оценке регионарного лимфаденита

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РЕГИОНАРНОГО АДЕНИТА

1. Может быть как двухсторонним, так и односторонним (чаще соименным, чем перекрестным)
2. Увеличиваются несколько узлов («плеяда» Рикора), но один — в большей степени
3. Размер самого крупного лимфоузла в среднем 1,5-2,5 см, но может быть значительно больше
4. Консистенция плотно-эластическая
5. Лимфоузлы безболезненны
6. Подвижны, не спаяны между собой и с окружающими тканями
7. Кожа над узлами не изменена





Женщина, 36 лет, обратилась к хирургу в связи с увеличением паховых лимфатических узлов. При осмотре в правой паховой области хирург определил группу увеличенных подкожных лимфатических узлов, наиболее крупный из которых достигал

размеров $2,5 \times 2$ см. Узлы были безболезненными, плотно-эластической консистенции, гладкими, не спаянными между собой и с окружающими тканями. На противоположной стороне лимфатические узлы были изменены подобным же образом, но были мельче.

Хирург назначил больной цефиксим в дозе 400 мг 1 раз в сутки. Спустя 4 часа после первого приема препарата у пациентки появился озноб, головная боль, боль в мышцах, температура тела повысилась до 39°C , а на коже туловища появилась розовая пятнистая сыпь. В связи с появлением сыпи больная обратилась к дерматовенерологу, при обследовании РМП 2+, РПГА 4+, ИФА (IgM+IgG)+

Сифилитический
лимфаденит ошибочно
диагностируют как
воспалительный,
метастазы опухоли,
лимфогранулематоз,
туберкулез, паховую
грыжу



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ СИФИЛОМЫ

- Пузырьковый лишай (herpes pro genitalis, herpes simplex)
 - Неспецифические эрозии и язвы (травматические, инфекционные, аллергические)
 - Скабиозные высыпания на половых органах
 - Изъязвившиеся злокачественные новообразования кожи и слизистых оболочек
 - Шанкриформная пиодермия (pyodermia chancriformis)
 - Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая

 - Молниеносная гангрена наружных половых органов Fournier
 - Мягкий шанкр (ulcus molle), или шанкроид
 - Язвенный туберкулез кожи и слизистых оболочек
 - Кожный лейшманиоз
 - Дифтерийные и псевдодифтерийные язвы
 - Острые язвы вульвы Чапина–Lipschütz
 - Венерический лимфогранулематоз
 - Донованоз
- Встречаются редко

NB!

При возникновении любого эрозивного или язвенного поражения на половых органах, в области ануса, в промежности и на слизистой оболочке рта, даже при отсутствии сопутствующего увеличения близлежащих лимфатических узлов, необходимо проводить лабораторное обследование для исключения сифилитической этиологии заболевания

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС

1. Исследование нативного препарата «раздавленная капля» методом темнопольной микроскопии; при эрозивно-язвенных высыпаниях на слизистой оболочке рта можно использовать метод ПЦР
2. Постановка комплекса серологических реакций: нетрепонемного теста (РМП или РПР) с разведением сыворотки и одного из трепонемных тестов, позитивирующихся в конце инкубационного периода (РПГА, ИФА, РИФ)
3. Осмотр и обследование половых партнеров

NB!

Диагноз первичного сифилиса, поставленный на основании только клинической картины, какой бы типичной, «классической» она не была, не подтвержденный обнаружением бледной трепонемы или положительными серологическими реакциями, не может считаться правомочным

ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК

- Небрежно собранный анамнез, недооценка данных анамнеза
- Неполный или невнимательный осмотр
- Узкопрофессиональный подход к больному
- Недостаточное знание клинической симптоматики сифилиса
- Патоморфоз инфекции
- Отсутствие комплексной лабораторной диагностики, недостаточная осведомленность в области лабораторной диагностики сифилиса
- Редкое обращение к помощи врачей-консультантов

Удельный вес диагностических ошибок достоверно выше в группах больных со значительными отклонениями от стандартного течения заболевания: с сопутствующими ИППП, дерматозами и экстрагенитальной локализацией сифилидов



**«Хотя твердый шанкр распознать не
трудно, но трудно о нем вовремя
вспомнить»**

А. Фурнье, 1897 г.

А. Фурнье