



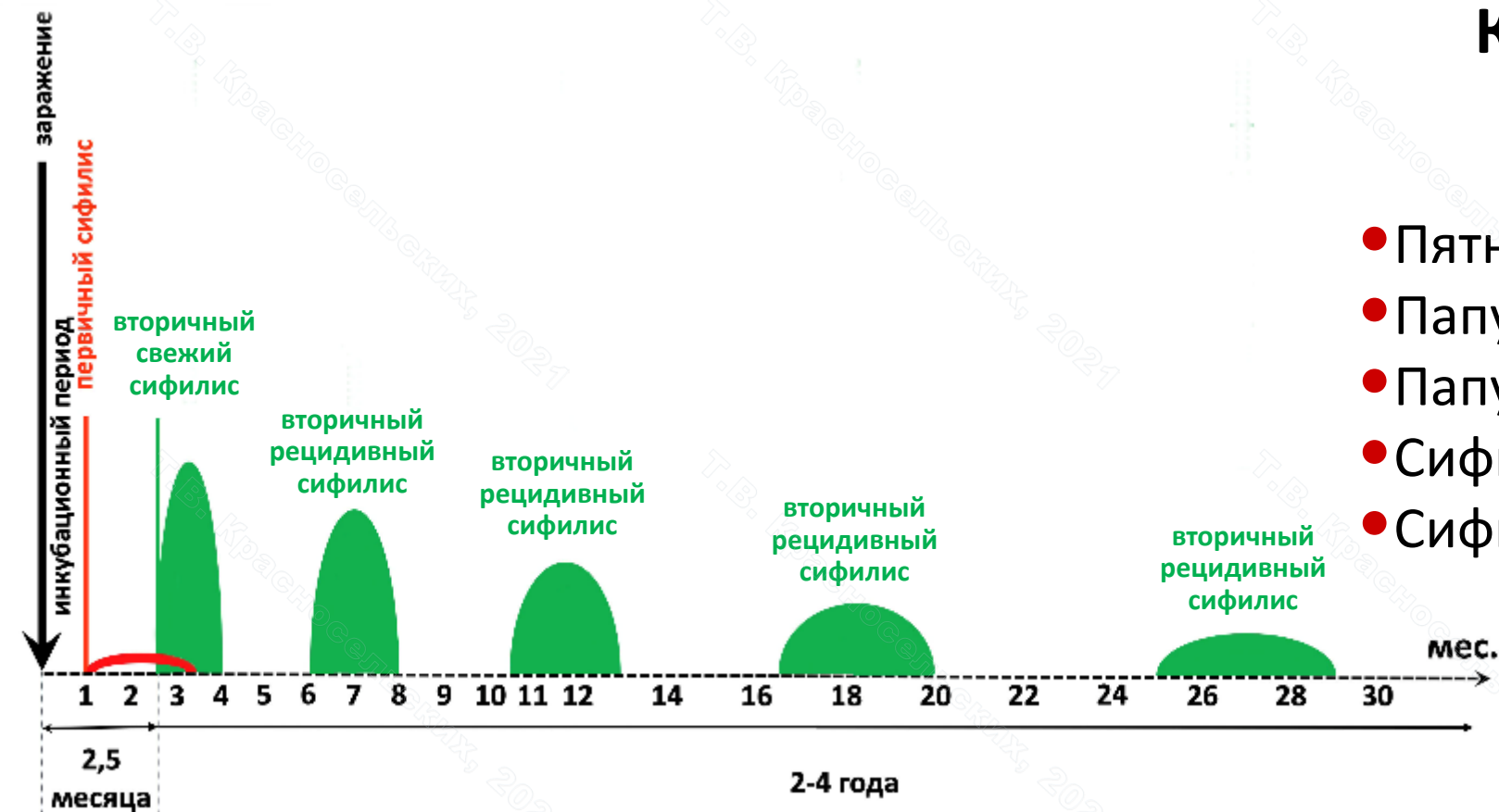
# «ВЕЛИКИЙ ИМИТАТОР»:

клинические маски  
вторичного сифилиса

**Вторичный период сифилиса** — начинается с момента возникновения диссеминированных высыпаний на коже и слизистых оболочках (приблизительно через 2,5 месяца после заражения), продолжается в среднем 2-4 года

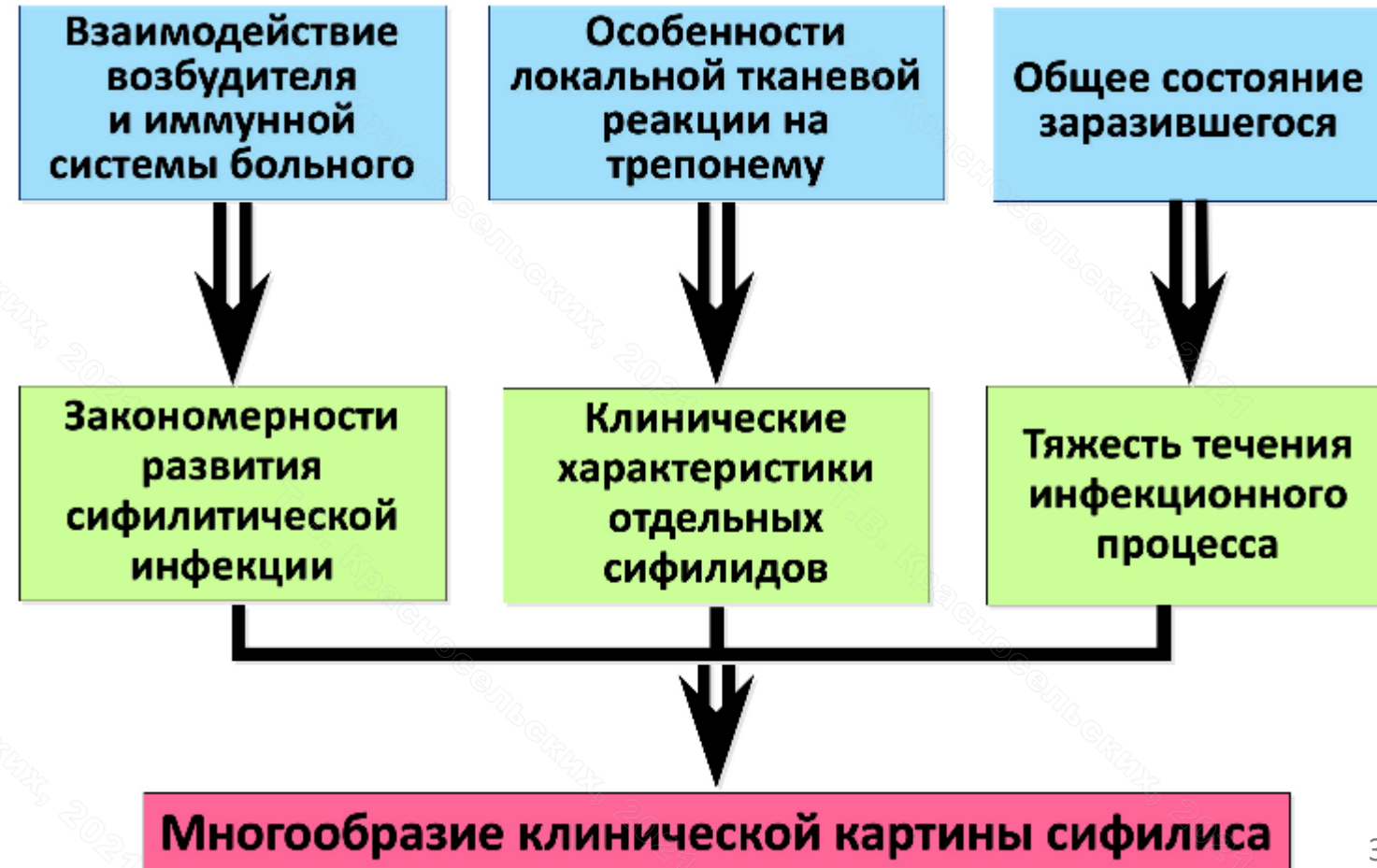
### Клинические проявления вторичного сифилиса:

- Пятнистый сифилид — 40-90%
- Папулезный сифилиде — 57-82%
- Папуло-пустулезный сифилид — 1-2%
- Сифилитическая алопеция — 4-11%
- Сифилитическая лейкодерма — 3-6%



Из 100 ошибок в диагностике сифилиса **80-85%** совершаются у больных вторичным сифилисом

- Чрезвычайное многообразие морфологии высыпаний
- Повсеместность высыпаний (не только в аногенитальной области) → регионарные особенности
- Иногда — наличие общих симптомов
- Отсутствие субъективных ощущений ⇒ повода для обращения к врачу





# ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ СИФИЛИДОВ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА

- Повсеместность
- Истинный полиморфизм
- Высокая контагиозность
- Доброкачественность
- Отсутствие островоспалительной окраски высыпаний
- Отсутствие субъективных ощущений
- Отсутствие периферического роста и слияния (изолированное расположение)
- Быстрое разрешение под влиянием специфической терапии



# Клинические особенности сифилидов при вторичном свежем и вторичном рецидивном сифилисе

| Вторичный свежий сифилис                                                                                                                                                                                        | Вторичный рецидивный сифилис                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Преобладают розеолы, с ними могут сочетаться лентикулярные папулы                                                                                                                                               | Лентикулярные папулы могут сочетаться с нуммулярными папулами, розеолами                                                                                                       |
| Обильные, рассеянные, мельче, ярче                                                                                                                                                                              | Менее обильные, крупнее, блеклые                                                                                                                                               |
| Располагаются беспорядочно и симметрично, не группируются, папулы редко гипертрофируются                                                                                                                        | Располагаются асимметрично, имеют склонность к группировке в виде колец, дуг, папулы склонны к вегетированию и слиянию в складках (гипертрофические папулы, широкие кондиломы) |
| Видимые слизистые оболочки поражаются реже, всегда сопровождаются высыпаниями на коже                                                                                                                           | Видимые слизистые оболочки поражаются часто, иногда изолированно; может наблюдаться охриплость голоса (рауцедо)                                                                |
| Обычно сохраняются проявления первичного сифилиса: первичный аффект или его остатки (пятно или рубец с инфильтратом в основании), полиаденит с преобладанием регионарного. Может наблюдаться диффузная алопеция | Могут наблюдаться лейкодерма, мелкоочаговая или смешанная алопеция                                                                                                             |



---

# Ошибки в диагностике сифилитической розеолы



# СИФИЛИТИЧЕСКАЯ РОЗЕОЛА

- Гиперемическое воспалительное пятно
- Локализация: преимущественно боковые поверхности туловища, грудь, верхняя часть живота; щадит лицо, тыл кистей и стоп
- Цвет от бледно- до насыщенно-розового, синюшного, через 3-4 нед. – желтовато-бурый цвет при витропрессии
- Диаметр 2-25 мм (средний — 5-10 мм)
- Очертания круглые, овальные
- Границы нечеткие
- Нет периферического роста, пятна **не сливаются**
- **Не шелушится** даже при разрешении
- **Нет зуда**
- Разрешается бесследно

**NB!** Необходимо соблюдать правила осмотра!





# Дифференциальная диагностика сифилитической розеолы

- Токсикодермия
- Пятнистые экзантемы при острых инфекционных заболеваниях
- «Мраморная» кожа (livedo e frigore)
- Розовый лишай Жибера
- Отрубевидный (разноцветный) лишай
- Пятна от укусов лобковых вшей



Женщина 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с диагнозом «острый бартолинит». Было проведено хирургическое вскрытие предполагаемого «абсцесса» (гноя не получено), назначены внутримышечно инъекции цефазолина. Через несколько часов после начала антибиотикотерапии у пациентки начался сильный

озноб, температура повысилась до  $40^{\circ}\text{C}$ , и на коже туловища появилась яркая пятнистая сыпь. Дежурный врач расценил ее как «токсикодермию на цефазолин», отменил антибиотик, назначил димедрол, 30% раствор тиосульфата натрия внутривенно и срочно вызвал для консультации дерматовенеролога.

При осмотре: на коже груди, живота, боковых поверхностей туловища, сгибательных поверхностях плеч и предплечий, а также на бедрах — обильная, мелкая, рассеянная, не шелушащаяся розеолезная сыпь, увеличены до 1-1,5 см в диаметре боковые шейные и подмышечные лимфатические узлы. В правой паховой области пальпируются 3 узла, один из которых размером 4 см, а два других — 1,5 и 1 см. Узлы имеют плотно-эластическую консистенцию, безболезненные, без явлений периаденита.



Правая большая половая губа увеличена, безболезненна, за исключением места разреза, кожа ее застойно-красного цвета, при пальпации определялась эластическая плотность на всем протяжении. На ее наружной поверхности видны две эрозии — 1,5×1,5 см и 1,0×0,8 см, с ровными краями и дном застойно-красного цвета. При пальпации в основании эрозий определялось незначительное уплотнение.

При серологическом обследовании: РМП 4+ 1:128, РПГА 4+





# Токсикодермия



- Анамнез
- Зуд, жжение
- Яркая окраска
- Склонность сыпи к периферическому росту и слиянию в складках
- Шелушение при разрешении
- Существует обычно не больше 7-10 дней



Мужчина 34 лет, доставлен в инфекционное отделение с подозрением на брюшной тиф. 3 дня назад появилась сильная головная боль (особенно по ночам), озноб, температура повысилась до 39°C. Участковым врачом была диагностирована ОРВИ и назначены парацетамол, арбидол и поливитамины. На 6 день болезни появилась

мелкая обильная пятнистая сыпь, которая и послужила причиной госпитализации.

При осмотре на коже туловища — обильные негруппирующиеся розового цвета пятна правильной округлой формы, диаметром 0,5 см, неяркие, нешелушащиеся, особенно хорошо заметные на животе и боковых поверхностях туловища.

На боковой поверхности языка — малоболезненная эрозия диаметром 1,0 см, существующая (как выяснено из анамнеза) около 2 месяцев. По поводу этой эрозии пациент обращался к стоматологу, были назначены полоскания. Отмечено увеличение заднешейных, подчелюстных, подмышечных и паховых лимфатических узлов, которые умеренно плотны, безболезненны, не спаяны с кожей. Более всего увеличены подчелюстные лимфатические узлы справа, где они примерно в три раза превышают размеры остальных.

При серологическом обследовании: РМП 4+ 1:32; ИФАсумм. (+), КП 16,1; РПГА 3+









# Ошибки в диагностике папулезного сифилида

# ЛЕНТИКУЛЯРНЫЙ ПАПУЛЕЗНЫЙ СИФИЛИД

- Дермальная воспалительная папула
- Цвет бледно-розовый, буровато-красный, синюшно-красный, желтовато-красный
- Диаметр — 3-5 мм
- Правильные круглые или овальные очертания
- Форма полушаровидная с усеченной вершиной
- Консистенция плотно-эластическая
- Элементы располагаются изолированно, не растут по периферии и не сливаются (кроме локализации в складках)
- Субъективные ощущения отсутствуют (кроме локализации в складках)
- Поверхность сначала гладкая, блестящая, через несколько дней покрывается тонкими прозрачными чешуйками, не скрывающими цвет папулы
- Шелушение в центре заканчивается раньше, чем на периферии, в результате по краю папулы остается ободок подрытого рогового слоя эпидермиса («воротничок Биетта»)







# Дифференциальная диагностика лентикулярного папулезного сифида гладкой кожи

- Вульгарный псориаз
- Красный плоский лишай
- Каплевидный и лихеноидный  
парапсориаз



# Псориаз

- Локализация: разгибательные поверхности конечностей, область крестца, волосистая часть головы
- Хроническое рецидивирующее течение
- Папула эпидермо-дермальная
- Ярко-розовая
- Плоская
- Характерен периферический рост, слияние с образованием бляшек
- Шелушится серебристо-белыми чешуйками, характерно центральное шелушение
- При поскабливании — триада симптомов («стеаринового пятна», «терминальной пленки», «кровавой росы»)





# ПСОРИАЗИФОРМНЫЙ ПАПУЛЕЗНЫЙ СИФИЛИД

- Обильное мелкопластинчатое шелушение по всей поверхности папул, чешуйки имеют серебристо-белый цвет
- По периферии папулы — лишенный чешуек венчик инфильтрата буровато-красного цвета
- Нет типичной для псориаза локализации высыпаний
- Элементы не склонны к периферическому росту и образованию бляшек
- При поскабливании папулы не удается получить характерную триаду псориатических феноменов, в частности, симптомы терминальной пленки и точечного кровотечения









# ПАПУЛЕЗНЫЙ СИФИЛИД ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ



- Желтовато-розовый цвет
- Чаще — лентикулярные
- Папулы не возвышаются, выглядят как пятна с четкими границами, лишь при их пальпации определяется плотный инфильтрат
- Более интенсивно шелушатся по сравнению с папулами на гладкой коже
- Длительное течение — до нескольких месяцев



# Дифференциальная диагностика папулезного сифилида ладоней и подошв

- Ладонно-подошвенный псориаз
- Красный плоский лишай ладоней и подошв
- Хроническая экзема ладоней и подошв
- Сквамозно-кератотическая и интертригинозная формы микозов стоп и кистей



При прохождении профосмотра у женщины 30 лет выявлены РМП 4+ 1:16, ИФА 4+, РПГА 4+. При осмотре в области правой большой половой губы обнаружен круглый рубец диаметром 1,0 см без инфильтрата в основании. Паховые лимфоузлы справа 1,5 см в диаметре, гладкие, плотно-эластической консистенции, безболезненные.

Также обнаружены высыпания в области ладоней, которые существуют 2,5 месяца и появление которых пациентка связывает с «потертостью» и воздействием моющих средств (работает уборщицей). Аналогичные высыпания присутствуют на подошвах. Когда они появились, пациентка не помнит, считала, что это «грибок». Безуспешно лечилась у дерматолога с диагнозом «хроническая экзема кистей». Со слов, врач не осматривал кожу стоп и не предложил обследования на сифилис.





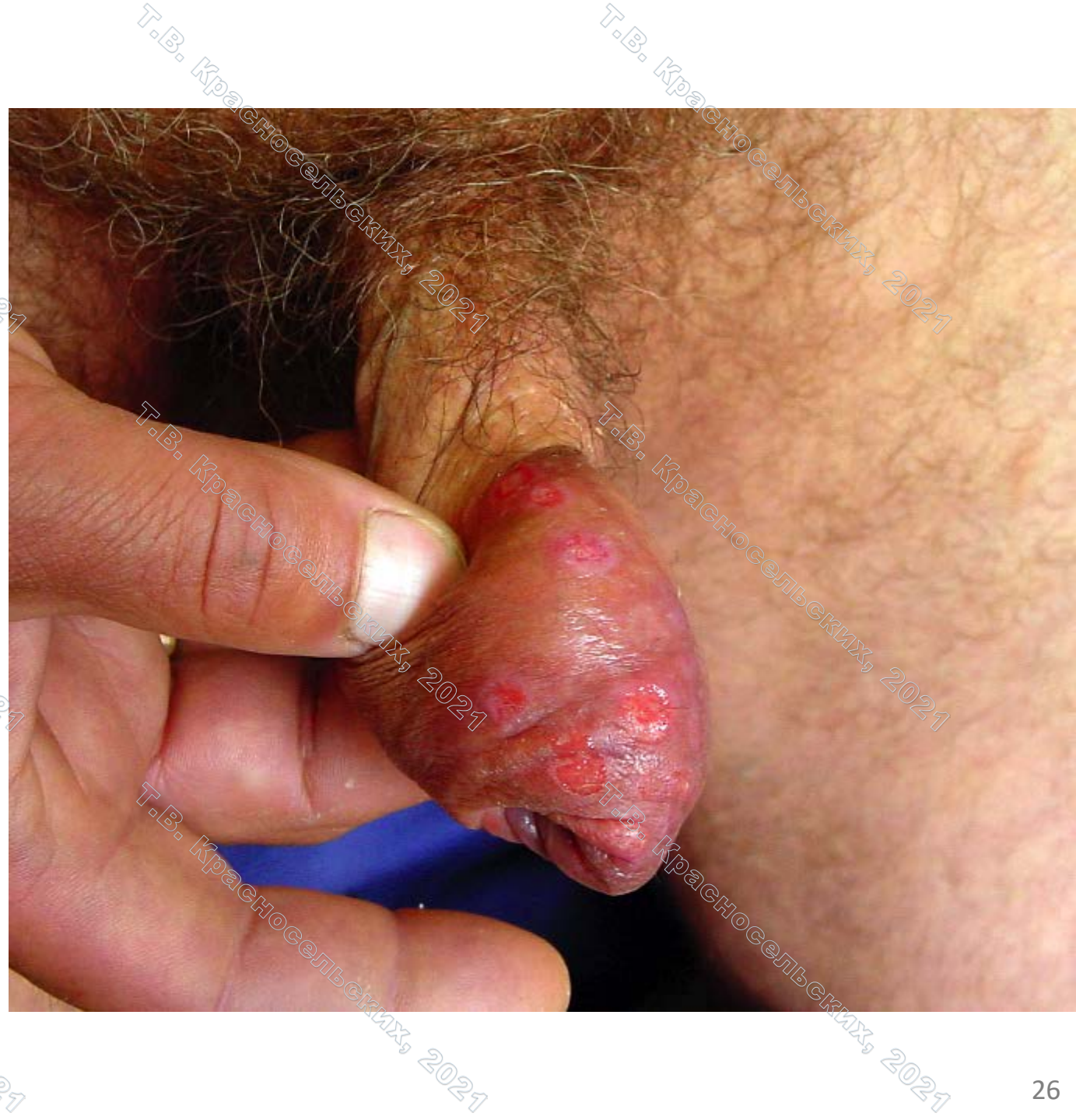


# ПАПУЛЕЗНЫЙ СИФИЛИД АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И СКЛАДОК КОЖИ

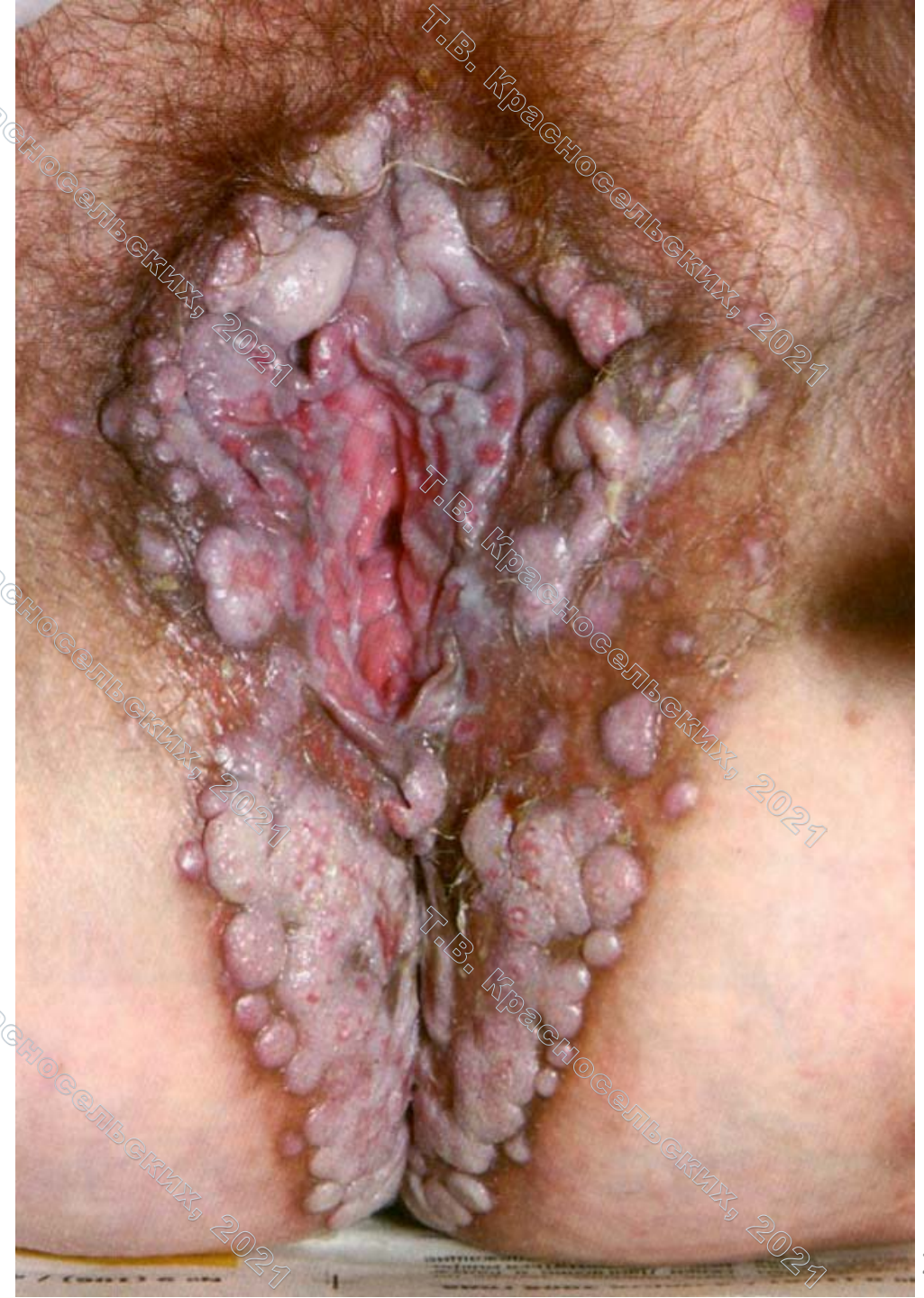
- В условиях постоянного и длительного воздействия повышенной температуры, влажности, трения папулы мацерируются (syphilis papulosa macerata) → эрозируются (syphilis papulosa erosiva) → гипертрофируются, вегетируют (syphilis papulosa vegetans, condylomata lata)
- Высыпания сопровождаются мокнутием (syphilis papulosa madidus)
- При присоединении вторичной инфекции папулы могут изъязвляться (syphilis papulosa ulcerosa)
- Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию папул
- Высыпания сопровождаются субъективными ощущениями













# Дифференциальная диагностика широких кондилом

- Остроконечные кондиломы
- Геморроидальные узлы
- Вегетирующая пузырьчатка



## Остроконечные кондиломы

Condyloma — от греч. κόνδυλος  
(кулак, клубень, сустав пальца,  
мышцелок)

- Папулы на тонкой ножке, обычно множественные и располагающиеся группами
- Цвет от бледно-розового до красного
- Консистенция мягкая, в том числе в основании ножки
- Группы папул имеют дольчатую поверхность, напоминают «петушиные гребни» или «цветную капусту»





## Геморроидальные узлы

- Узлы покрывает слизистая оболочка прямой кишки
- Мягкая консистенция
- Болезненность
- Кровоточивость
- Течение хроническое





Женщина 34 лет обследована в качестве предполагаемого источника заражения одного из половых партнеров, у которого был выявлен вторичный свежий сифилис. За 3 месяца до обследования впервые отметила зуд половых органов и «шишки» у заднего прохода.

Обращалась к гинекологу и хирургу ведомственной поликлиники, были диагностированы «раздражение от выделений» из половых путей и «геморрой» и назначены вагинальные и ректальные свечи. На фоне лечения существенного улучшения не отмечает. Серологическое обследование на сифилис не проведено.







При осмотре: на больших и малых половых губах — эрозивные папулы, перианально — отдельные гипертрофированные папулы и сливные возвышающиеся бляшки застойно-красного цвета, с мацерированной поверхностью и плотно-эластическим инфильтратом в основании. Единичные лентикулярные папулы подошв с периферическим шелушением. Паховые лимфатические узлы увеличены с двух сторон (до 2 см в диаметре), безболезненны, плотно-эластической консистенции. В отделяемом с поверхности перианально расположенных высыпаний в большом количестве обнаружены бледные трепонемы.



# ПАПУЛЕЗНЫЙ СИФИЛИД СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

- Папулы практически не возвышаются над уровнем слизистой оболочки
- В условиях постоянного и длительного воздействия повышенной температуры, влажности, трения папулы мацерируются → эрозируются → гипертрофируются
- Высыпания сопровождаются мокнутием
- Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию
- Сопровождаются субъективными ощущениями













**NB!**

**При наличии любых мацерированных, эрозивных, язвенных или вегетирующих высыпаний на слизистой оболочке рта, особенно длительно не поддающихся симптоматической терапии, необходимо проводить лабораторное обследование для исключения сифилитической этиологии заболевания**



Мужчина 40 лет вызван в кожно-венерологический диспансер как контакт пациентки, у которой 2 дня назад установлен вторичный свежий сифилис. При опросе он подтвердил, что 3 месяца назад имел половую близость с этой женщиной.

Пациента в течение 1,5 месяцев беспокоит незначительная боль в горле и осиплость голоса,

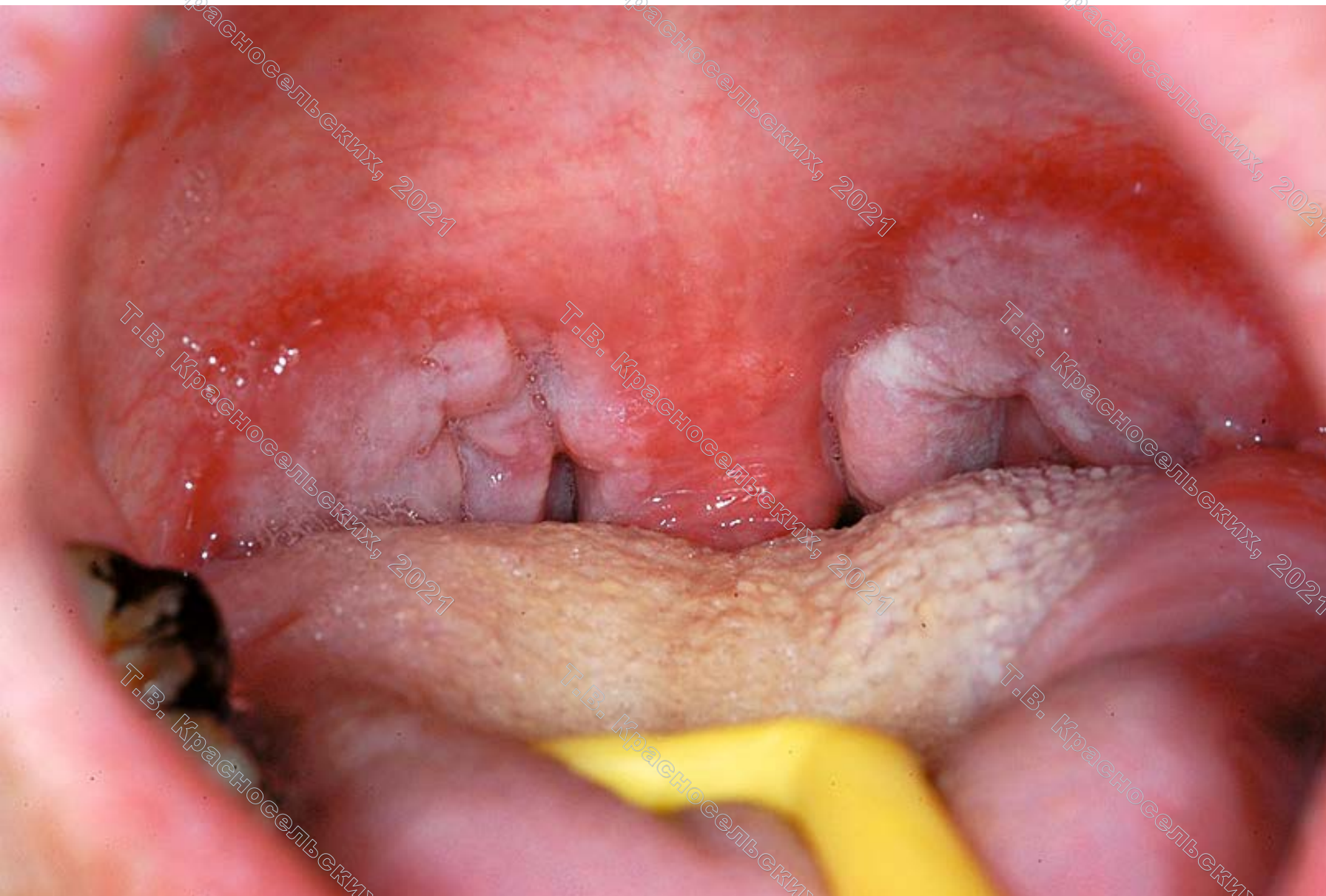
которые он связывает с употреблением холодного пива.

Обращался к ЛОР-врачу в частную клинику, был диагностирован «хронический тонзиллит», но назначенное лечение (азитромицин перорально, промывания, местные антибактериальные средства) эффекта не дало.

При осмотре: на поверхности миндалин, мягкого неба выявлены белесоватого цвета лентикулярные элементы, не возвышающиеся над поверхностью слизистой оболочки, некоторые из них имеют по периферии узкий венчик застойно-синюшного цвета. Были умеренно увеличены (1-1,5 см), плотно-эластической консистенции, безболезненные шейные и подчелюстные лимфатические узлы.







Сифилитическая дисфония может существовать одновременно с папулезной ангиной или наблюдаться как изолированное поражение слизистой оболочки гортани







# Дифференциальная диагностика ангулярных хейлитов различной этиологии

| Клинические признаки                           | Стрептококковая «заеда»                                                             | Кандидозная «заеда»                                                                  | Сифилитическая «заеда»                                                               |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| «Воротничок» рогового слоя, окружающий трещину | Есть (остатки покрышки фликтены)                                                    | Есть, выглядит набухшим, мацерированным                                              | Нет                                                                                  |
| Инфильтрат в основании трещины                 | Нет                                                                                 | Нет                                                                                  | Есть, края трещины выглядят приподнятыми                                             |
| Изменение кожи вокруг углов рта                | Нередко отмечаются медово-желтые корочки                                            | Нет                                                                                  | Иногда — себорейный папулезный сифилид                                               |
| Изменение слизистой оболочки вокруг углов рта  | Нет                                                                                 | Как правило, есть (на фоне эритемы имеется налет, напоминающий свернувшееся молоко)  | Могут наблюдаться различные разновидности папулезного сифилида                       |
|                                                |  |  |  |



# Ошибки в диагностике папуло-пустулезного сифилида



# РАЗНОВИДНОСТИ ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА

- Угревидный (акнеиформный)
- Оспенновидный (вариолиформный)
- Импетигоподобный
- Сифилитическая эктима
- Сифилитическая рупия













Мужчина 45 лет обратился к дерматологу по поводу мокнущих высыпаний на коже волосистой части головы. В этот же период заметил «шишки» в перианальной области, но врачу о них не сказал. Был поставлен диагноз «пиодермия волосистой части головы» и назначена наружная терапия, на фоне которой количество элементов еще увеличилось. Стал отмечать усиленное выпадение волос.

Спустя 2 месяца появилась сыпь на коже туловища и конечностей, «язвочки» во рту. По поводу последних обратился к стоматологу, были назначены полоскания, не давшие положительного эффекта. Спустя еще 1 месяц вновь обратился к дерматологу, так как очень беспокоили высыпания в перианальной области, значительное поредение волос на голове, выпадение бровей и ресниц.

При осмотре: на коже волосистой части головы — значительное число элементов диаметром около 1 см, возвышающихся над уровнем кожи и покрытых геморрагическими корками. При удалении корок обнажался красного цвета слегка возвышающийся элемент с влажной поверхностью.







Отмечается выраженная смешанная алопеция волосистой части головы, положительные симптомы Фурнье-Григорьева и Пинкуса.

На коже туловища — обильная, симметричная, полиморфная сыпь, состоящая из лентикулярных папул медно-красного цвета с гладкой поверхностью, а также высыпаний, покрытых корками, как и на голове.







На голенях — единичные крупные (2×2 см) элементы круглых очертаний, покрытые массивными геморрагическими корками. Корки погружены в кожу, а окружающая их кожа нормальной окраски. При удалении корок обнажается язва с круто «обрезанными» краями, окруженными плотным валиком багрово-синюшного цвета.

В перианальной области — широкие кондиломы.

В надлобковой области — свежий рубец овальной формы 2×1,5 см с уплотнением в основании.

Паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Пальпируются также более мелкие шейные и подмышечные лимфатические узлы. При обследовании РМП 4+ 1:8, РПГА 4+.

Выяснено, что пациент страдает алкоголизмом. При осмотре обращали на себя внимание бледность кожных покровов, пастозность лица, тремор пальцев рук.

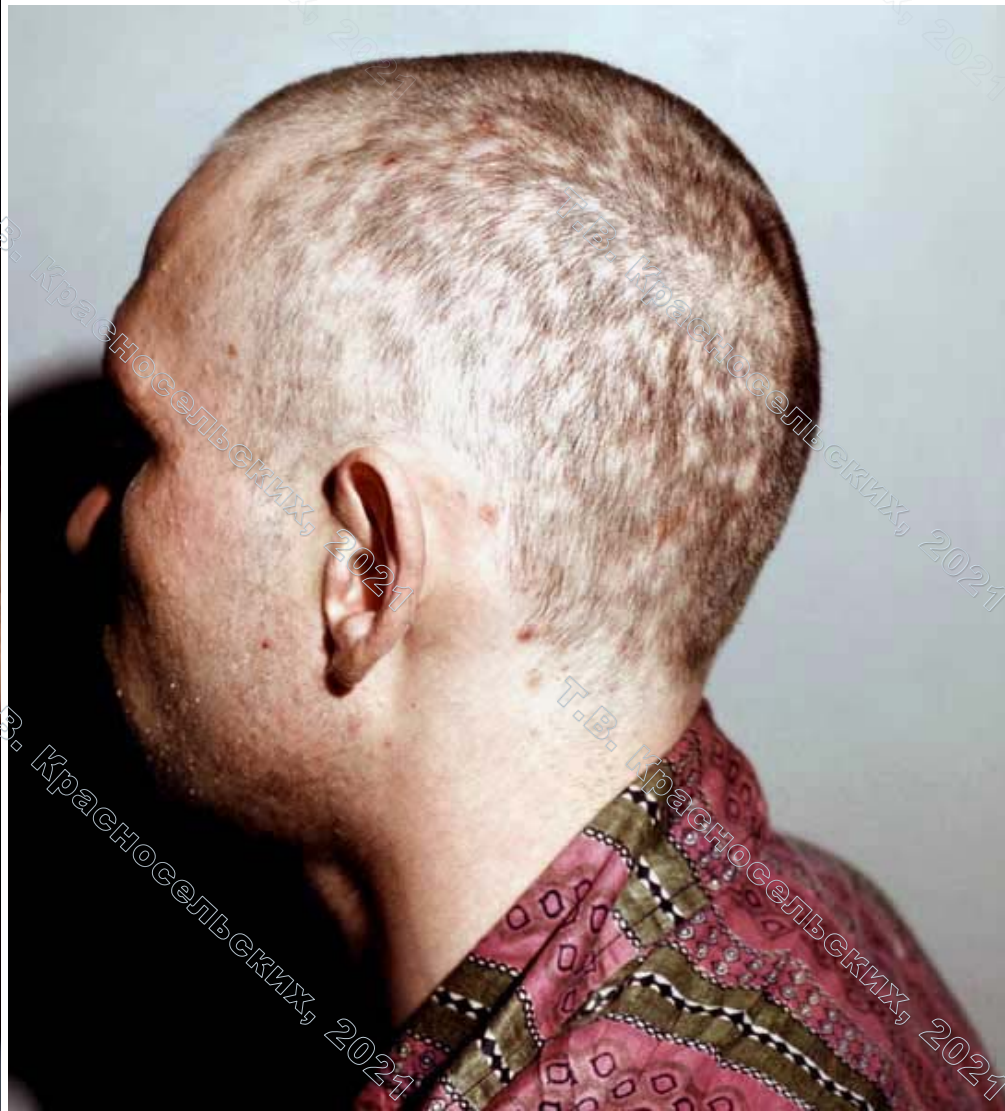






# Ошибки в диагностике сифилитической алопеции

# СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ



- Диффузная
- Мелкоочаговая
- Смешанная



DOIA



# СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ

- Внезапно возникающее, быстро прогрессирующее поредение волос
- Не сопровождается субъективными ощущениями
- Особенно выражено в области висков и затылка, реже поражаются другие волосистые участки тела
- Кожа в очагах не гиперемирована, не шелушится
- Рубцовые изменения отсутствуют, фолликулярный аппарат сохранен (нерубцовая алопеция)
- У мужчин встречается чаще, чем у женщин
- Нередко сочетается с лейкодермой





**Спустя 6 месяцев**



# Дифференциальная диагностика диффузной сифилитической алопеции

- Преждевременное, или себорейное, облысение
- Диффузная алопеция при острых инфекционных заболеваниях
- Диффузная алопеция при патологии эндокринных желез, хронических соматических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, беременности, приеме некоторых лекарств и т. д.



Женщину 46 лет беспокоили боль в горле, интенсивное выпадение волос, головные боли, усиливающиеся к вечеру. В течение 2 месяцев безуспешно лечилась у ЛОР-врача, невролога, косметолога. Выпадение волос быстро прогрессировало. Спустя 2 месяца, заметив высыпания на гениталиях, обратилась к гинекологу, направившему ее в КВД.

При осмотре: значительное диффузное поредение волос только на волосистой части головы, особенно резко выраженное в височных областях и на темени. Также выявлены: папулезная ангина, единичные крупные розеолы на коже живота, мокнущие папулы на правой большой половой губе, специфический полиаденит. В отделяемом эрозивной папулы на половой губе обнаружена *Tr. pallidum*.

РМП 4+ 1:64, РПГА 4+.

При исследовании ЦСЖ: цитоз 6 кл/мкл, белок 0,26 г/л, РМП 4+





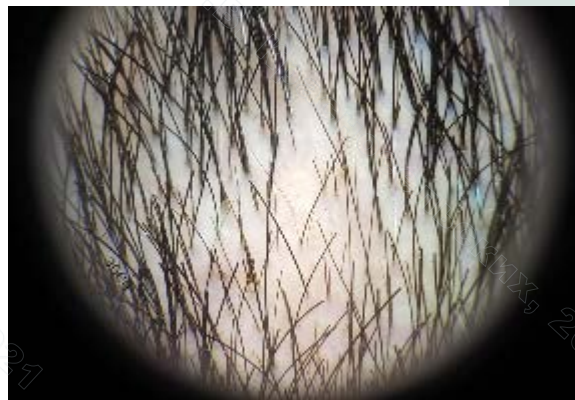
# Дифференциальная диагностика мелкоочаговой сифилитической алопеции

- Гнездная плешивость
- Микозы волосистой части головы
- Дискоидная и диссеминированная красная волчанка
- Фолликулярный красный плоский лишай



Мужчина 40 лет в течение 3 месяцев лечился у косметолога в связи с интенсивным выпадением волос. Спустя 2 месяца после начала лечения появились высыпания в области заднего прохода, и половых органов. Обратился к хирургу поликлиники и был направлен в КВД.

На коже волосистой части головы имелись беспорядочно разбросанные множественные очажки поредения волос до 1-1,5 см в диаметре, имеющие нечеткие очертания. Кожа в местах прорежения волос имела нормальную окраску, не шелушилась. Обломанных волос и атрофии не было. Обнаружен мокнувший папулезный сифилид в перианальной области, на половом члене и мошонке





## Гнездная алопеция

- Внезапно возникающие очаги выпадения волос
- Обычно небольшое количество (1-4) сравнительно крупных очагов облысения
- Правильные круглые очертания
- Сравнительно четкие границы
- Волосы в очагах отсутствуют полностью
- По периферии очага волосы легко удаляются («расшатанные»)
- Кожа облысевших участков гладкая, блестящая (как бильярдный шар)
- Отдельные очаги могут сливаться в обширные участки облысения причудливых очертаний





# Ошибки в диагностике сифилитической лейкодермы



# СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ЛЕЙКОДЕРМА

- Дисхромия кожи, возникающая преимущественно у больных вторичным рецидивным сифилисом
- Часто ассоциирована с патологией ЦСЖ
- Локализуется преимущественно на коже задней и боковых поверхностей шеи («ожерелье Венеры»)
- Пятна располагаются изолированно, не склонны к периферическому росту и слиянию
- В очагах рельеф и консистенция кожи не изменены, шелушение, воспаление и субъективные ощущения отсутствуют
- Течение обычно торпидное



# Дифференциальная диагностика сифилитической лейкодермы

- Вторичная лейкодерма после разрешения элементов отрубевидного (разноцветного) лишая
- Витилиго
- Вторичные лейкодермы после разрешения высыпаний некоторых хронических воспалительных дерматозов
- Рубцы или рубцовая атрофия кожи на месте бывших пиодермий, эксфолиаций



# Постпаразитарная лейкодерма



- Различные размеры и очертания гипопигментированных пятен
- Слияние пятен в очаги с фестончатыми очертаниями
- Наличие отдельных слегка шелушащихся первичных пятен цвета «кофе с молоком»
- (+) проба Бальзера



# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВТОРИЧНЫЙ 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 (РПГА, ИФА, по показаниям — ИБ, РИФ)
3. Исследование ЦСЖ — при вторичном рецидивном сифилисе, особенно при наличии лейкодермы
4. Осмотр и обследование половых партнеров