**Вторичные сифилиды, клиника**, диф.диагн.

 1. Папулезный сифилид: Клиника- является наиболее частым проявлением вторичного рецидивного сифилиса. Различают крупнопапуллезные, или лентикулярные, и мелкопапуллезные, или милиарные, сифилиды. Лентикулярный папулезный сифилид имеет плотноэластическую консистенцию, округлые, резко ограниченные очертания, полушаровидную форму, диаметр 0,3-0,5 см. Папулы не склонны к периферическому росту и слиянию. Цвет папул сначала розовый, затем становится медно-красным. Поверхность папул в первые дни гладкая, блестящая, затем начинает шелушиться. Шелушение начинается в центре и заканчивается раньше, чем на периферии, что обусловливает появление краевого шелушения папул в виде воротничка Биетта. Давление на центр узелка тупым зондом вызывает резкую болезненность. Папулезные сифилиды возникают на коже не сразу, они появляются точкообразно, достигая полного развития через 10-14 дней. После разрешения папул на их месте надолго остается пигментация. При вторичном свежем сифилисе папулы рассеяны на коже туловища и конечностей, бывают на лице, волосистой части головы. У больных вторичным рецидивным сифилисом папулы многочисленны, имеют склонность к группировке в виде колец, дуг, полудуг и расположены на гениталиях, в анальной области, на слизистой оболочке рта, ладонях подошвах. Различают девять основных разновидностей папулезного сифилида. Лентикулярный (чечевицеобразный) сифилид чаще наблюдается при вторичном свежем сифилисе, представлен четко отграниченными плоскими округлыми папулами величиной с чечевицу, синюшно красного цвета, плотноэластической консистенции, с гладкой блестящей поверхностью. Постепенно папулы приобретают желтовато бурый оттенок, уплощаются, на поверхности их возникает скудное воротничковое шелушение. Милиарный – отличается малыми размерами (с маковое зерно) и полуконической формой папул. Нуммулярный (монетовидный) – характеризуется значительной величиной папул (с крупную монету и больше), склонностью к группировке. Кольцевидный – отличается кольцевидным расположением папул. Себорейный : папулы локализуются на лице, голове, по краю лба и отличаются жирными чешуйками на поверхности. Эрозивный (мокнущий) : папулы отличаются белесоватой мацерированной, эрозированной или мокнущей поверхностью, что обусловлено локализацией на слизистой оболочке и в складках кожи, относится к наиболее заразным проявлениям сифилиса. Широкие кондиломы (вегетирующие папулы) располагаются в местах трения, физиологического раздражения (половые органы, область заднего прохода). Отличаются большими размерами, вегетацией (разрастание ввысь) и эрозированной поверхностью. Роговые папулы (сифилитические мозоли) отличаются мощным развитием рогового слоя на поверхности, очень похожи на мозоли. Псориазиформные папулы характеризуются выраженным шелушением на поверхности. Папулезные высыпания нередко появляются и на слизистых оболочках, особенно рта. Клинически они соответствуют эрозивным (мокнущим) папулам. В полости рта эрозивный папулезный сифилид чаще всего занимает область мягкого неба и миндалин (сифилитическая папулезная ангина). Папулезные высыпания на слизистой оболочке гортани приводят к осиплости голоса. Диф. Диагностика папул. Сифилид: Лентикулярный сифилид сходен с красным плоским лишаем, парапсориазом и чешуйчатым лишаем. При красном плоском лишае возникают плоские. Блестящие, полигональные, с пупкообразным вдавлением в центре папулы листовидного цвета. Из-за неравномерного гранулеза на поверхности папул определяется серовато- белая сеточка. Процесс сопровождается зудом. Клинически каплевидную форму парапсориаза трудно отличить от сифилитических папул, но при парапсориазе имеется триада симптомов свойственная только для этого заболевания. При поскабливании высыпаний выявляется скрытое шелушение, симптом облатки. Кроме того высыпания при парапсориазе имеют меньший инфильтрат и редко появлятся на слизистой оболочке рта. Чешуйчатый лишай отличается от псориазиформного сифилида феноменами стеаринового пятна, псориатической пленки и точечного кровотечения, периферическим ростом и склонностью к слиянию с образованием бляшек, хроническим течением с частыми рецидивами. Широкие кондиломы могут иметь сходство с остроконечными и с геммороидальными узлами. Остроконечные отличаются строением напоминающим цветную капусту, с тонкой ножкой. Они имеют мягкую консистенцию, различную величину, достигающую диаметра 1 см и более, цвет нормальной кожи или розово- основанием расположены на коже, у геммороидального узла хотябы одна поверхность покрыта слизистой оболочкой прямой кишки. Такжк этот узел имеет мягкую консистенцию, кровоточит, не имеют плотноэластического инфильтрата. Милиарный сифилид имеет сходство с лихеноидным туберкулезом кожи. Туберкулезные элементы имеют мягкую консистенцию, желтовато- красный цвет, склонность к групперовки, на поверхности высыпаний образуются нежные чешуйки, процесс начинается преимущественно в детском возрасте, туберкулиновые реакции положительные.

2. Пятнистый сифилид: Пятнистый сифилид, или сифилитическая розеола (syphilis maculosa, roseola syphilitica) – наиболее частое и, как правило, наиболее раннее проявление вторичного периода заболевания. Она практически у всех больных вторичным свежим, реже вторичным рецидивным сифилисом. Розеолезная сыпь появляется постепенно, толчкообразно, по 10–12 элементов в день, зачастую незаметно как для больного, так и для врача. Высыпание достигает полного развития за 8-10 дней, существует в среднем без лечения 3-4 недели, иногда меньше или, наоборот, больше – до 1,5-2 месяцев. Розеолезная сыпь разрешается бесследно. Сифилитическая розеола представляет собой гиперемическое воспалительное пятно. Цвет розеолы варьирует от бледно-розового до насыщенно-розового, иногда с синюшным оттенком. Чаще всего она имеет бледно-розовую, «блеклую» окраску. Длительно существующая розеола приобретает желтовато-бурый оттенок. При витропрессии недавно появившаяся розеола полностью исчезает, а по прекращении давления появляется вновь. Лишь при надавливании на розеолу, существующую более 1,5 недель, на месте розового остается желтоватое пятно, обусловленное распадом эритроцитов и образованием гемосидерина. Размер пятен колеблется от 2 до 25 мм, в среднем 5-10 мм. Очертания розеолы округлые или овальные, границы нечеткие. Пятна не обладают периферическим ростом, не сливаются, не сопровождаются субъективными ощущениями. Шелушение отсутствует даже во время разрешения. Розеолезная сыпь локализуется преимущественно на боковых поверхностях туловища, груди, в верхней части живота. Высыпания могут наблюдаться также на коже верхней части бедер и сгибательной поверхности предплечий, изредка – на лице. Пятнистые сифилиды при вторичном свежем и рецидивном сифилисе отличаются. Однако иногда при ранних рецидивах сифилиса рецидивная розеола представляется обильной, мелкой, яркой, и в то же время отмечается группировка, а часто и кольцевидное расположение элементов. В таких случаях при проведении дифференциальной диагностики между вторичным свежим и рецидивным сифилисом приходится принимать во внимание не только клинические проявления болезни, но и косвенные критерии: данные анамнеза, конфронтации, величины титров серологических реакций. Помимо типичного розеолезного сифилида, различают его атипичные разновидности: 1. Элевирующая (возвышающаяся) розеола (roseola elevata) (син.: уртикар-ная розеола (roseola urticata), экссудативная розеола (roseola exudativa)) – при этой форме пятна представляются несколько возвышающимися над уровнем кожи и становятся похожими на уртикарную сыпь при крапивнице. От волдыря отечные пятна элевирующей розеолы отличает отсутствие зуда и длительное существование. При этой форме розеолы расширению сосудов сосоч-кового слоя дермы сопутствует периваскулярный отек. Элевирующая розеола наблюдается, как правило, при вторичном свежем сифилисе. Кроме того, типичная розеола может приобрести элевирующий характер на фоне первых инъекций пенициллина, что следует расценивать как очаговое проявление реакции обострения Яриша–Герсгеймера. Такая элевирующая розеола существует недолго (несколько часов, редко сутки), после чего вновь приобретает типичный вид. 2. Сливная розеола (roseola confluens) возникает при очень обильном высыпании пятен, которые вследствие обилия сливаются между собой и образуют сплошные эритематозные участки. Сливной характер розеола приобретает чаше всего у больных вторичным свежим сифилисом, а также на фоне реакции обострения. 3. Фолликулярная розеола (roseola follicularis) (син.: зернистая розеола (roseola granulata), точечная розеола (roseola punctata)) – редкая разновидность, представляющая собой как бы переходный элемент между розеолой и папулой. При этом на фоне обычного розового пятна имеются мелкие фолликулярные медно-красного цвета узелки в виде точечной зернистости. Они возникают в результате образования периваскулярных инфильтратов в области волосяных фолликулов. 4. Шелушащаяся розеола – казуистически редкое исключение из классического правила, согласно которому шелушение розеолы исключает ее сифилитическую природу. Данная атипичная разновидность характеризуется появлением на поверхности пятнистых элементов пластинчатых чешуек, напоминающих смятую папиросную бумагу. Центр элемента при этом представляется несколько запавшим. Дифференциальную диагностику сифилитической розеолы проводят с пятнистыми высыпаниями при токсикодермий, с диссеминированными высыпаниями розового лишая Жибера (pityriasis rosea Gibert), с отрубевидным (разноцветным) лишаем (pityriasis versicolor), с мраморностью кожи, с пятнами от укусов лобковых вшей (maculae coeruleae), с пятнистыми экзантемами при острых инфекционных заболеваниях (краснухе, кори, брюшном и сыпном тифе). Пятнистые высыпания при токсикодермий характеризуются следующими особенностями: • острым началом и быстрым развитием; • жжением и зудом кожи в очагах поражения; • ярко-розовой и красной окраской, иногда с синюшным оттенком; • тенденцией к периферическому росту и слиянию пятен, особенно в складках – в подмышечных впадинах, в области локтевых сгибов, в подколенных ямках; нередко в складках токсическая розеола может приобретать геморрагический характер; • склонностью к шелушению, которое становится особенно обильным в период разрешения токсикодермий; • анамнестическими указаниями на возникновение высыпаний после приема лекарственных препаратов, недоброкачественной пиши и т. п. Также диф. Диагн. Проводят с диссеминированные высыпания розового лишая Жибера: в первые дни после их появления. Розовый лишай характеризуется: • остро возникающим симметричным высыпанием на туловище, реже конечностях мелких пятен, которые иногда несколько возвышаются над уровнем кожи; окраска пятен вначале розовая или красная, через несколько дней их центральная часть слегка западает и приобретает желтоватый оттенок; при этом пятна напоминают «медальоны» – их периферическая часть представлена ярко-розовой каймой, а центральная – бледная; • пятна имеют округлую или овальную форму, на туловище ориентированы длинным диаметром по метамерам (расположение элементов напоминает «новогоднюю елку»); • пятна растут по периферии, постепенно увеличиваясь до 2-3 см в диаметре; • высыпания иногда сопровождаются зудом; • через несколько дней начинается характерное шелушение пятен – они покрываются тонкой гофрированной роговой пленкой, которая в дальнейшем в центральной части распадается на мелкие отрубевидные чешуйки, а по периферии сохраняется узкая каемка отслаивающегося рогового слоя эпидермиса, обращенная к центру; • у половины больных за 1-2 недели до возникновения диссеминирован-ной сыпи появляется одиночная «материнская бляшка», локализующаяся чаше всего на боковой поверхности туловища и представляющая собой овальное розовое с желтоватым оттенком пятно размером приблизительно 1,5 х 3 см и более с тонкой пластинчатой желтоватой чешуйкой, сморщенной подобно смятой папиросной бумаге; • высыпания розового лишая существуют дольше, чем сифилитическая розеола – не менее 6-8 недель. Мраморная кожа возникает в результате просвечивания расширенных поверхностных капилляров кожи. Марморесценция появляется под влиянием холода: кожа покрывается петлистым рисунком в виде синюшно-розовых полос и пятен неравномерной величины, чередующихся с участками просветления. На конечностях, где сосудистый рисунок более выражен, создается впечатление, что в крупных петлях синюшно-розового цвета заключены белые пятна. Иногда цианотичные пятна имеют тенденцию к слиянию. Марморесценция исчезает через несколько минут после адаптации кожи к холоду, а также при ее энергичном растирании ладонью или согревании. Сифилитическая розеола в этих случаях становится еще более яркой и отчетливо выраженной. В сомнительных случаях для дифференциальной диагностики между мраморностью кожи и сифилитической розеолой можно использовать пробу, при внутривенном введении 3-5 мл 0,5-1% раствора никотиновой кислоты сифилитическая розеола становится более яркой и заметной в результате значительного расширения сосудов в очагах поражения (реакция «воспламенения»), а мраморный рисунок не изменяется. Розеола обычно становится отчетливее также в начале лечения больного – на фоне реакции обострения Яриша-Герсгеймера. В связи с усилением воспаления в области сифилитических высыпаний розеола приобретает более насыщенный розово-красный цвет. Кроме того, во время реакции обострения пятнистый сифилид может появиться на участках кожи, где его не было до начала лечения. При отрубевидном (разноцветном) лишае (pityriasis versicolor) преимущественно на коже шеи, плечевого пояса, груди, спины, верхней трети плеча возникают невоспалительные пятна различных оттенков коричневого цвета – цвета «кофе с молоком». Иногда пятна отрубевидного лишая имеют розоватый оттенок (pityriasis versicolor rosea), что усиливает их сходство с пятнистым сифилидом. В отличие от сифилитической розеолы, эти пятна: • вначале располагаются в устьях волосяных фолликулов и имеют величину 1-2 мм, затем за счет периферического роста и слияния образуют обширные очаги с полициклическими очертаниями; • всегда шелушатся; мелкое отрубевидное шелушение обычно бывает ма-лозаметным и выявляется при поскабливании очагов поражения скальпелем или смазывании йодной настойкой или анилиновыми красителями; при этом разрыхленный, пронизанный грибами роговой слой в очагах поражения более интенсивно воспринимает краситель и пятна окрашиваются в более темный цвет по сравнению с окружающей кожей. Наряду с пятнами цвета «кофе с молоком» на коже больных отрубсвид-ным лишаем можно обнаружить белые гипопигментные пятна на месте разрешения старых очагов (постпаразитарная лейкодерма). Высыпания отрубевидного лишая существуют длительно – месяцы и годы.

В сомнительных случаях прибегают к микроскопическому исследованию роговых чешуек с поверхности очагов поражения, в которых обнаруживают скопления спор и мицелий возбудителя болезни. Пятна от укусов площиц появляются на месте укусов лобковых вшей (Pediculi pubis, Phthirius inguinalis), которые, переползая из области лобка к подмышечным впадинам, по пути своего следования оставляют пятна от укусов. Пятна локализуются на коже лобка, внутренних поверхностей бедер, на животе, на боковых поверхностях туловища, на груди, около подмышечных впадин. Количество их обычно невелико, поэтому в таких случаях может возникнуть необходимость проведения дифференциальной диагностики с рецидивной розеолой. Лишь в особенно запущенных случаях пятна от укусов площиц могут обнаруживаться на всем кожном покрове. При распознавании пятен от укусов площиц, помимо их типичной локализации, необходимо учитывать следующие особенности: • пятна имеют синюшный или серовато-фиолетовый оттенок, а не розовый, характерный для сифилитической розеолы; • пятна имеют правильные очертания, обычно более крупные размеры, чем пятна сифилитической розеолы; • пятна носят геморрагический характер и поэтому не исчезают при диаскопии в отличие от гиперемических пятен сифилитической розеолы, которые при надавливании исчезают и затем быстро появляются вновь; • в центре некоторых пятен удается обнаружить чуть заметную геморрагическую точку от укуса вши. Пятнистый сифилид слизистых оболочек. Розео-лезные элементы на слизистой оболочке полости рта редко располагаются изолированно – чаше они сливаются с образованием эритемы в области небных дужек, мягкого неба, язычка и миндалин. Такие сплошные очаги поражения называются эритематозной сифилитической ангиной у которая может быть как односторонней, так и двухсторонней. При эритематозной сифилитической ангине отечность миндалин отсутствует, зона эритемы представляется резко отграниченной от окружающей нормальной слизистой оболочки. Цвет эритемы застойно-красный, иногда она имеет медный оттенок. Поражение не вызывает субъективных ощущений или они незначительны: дискомфорт при глотании, небольшая болезненность. Разрешение эритематозной ангины начинается с центральной части. Эритематозную сифилитическую ангину следует дифференцировать от обычного катарального тонзиллита, при котором отмечаются боль в горле, отечность миндалин, ярко-красный цвет эритемы, повышение температуры тела и общие симптомы интоксикации. Пятнистые высыпания на слизистой оболочке рта при токсикодермии отличаются от пятнистого сифилида обширностью поражения, которое обычно захватывает не только дужки и миндалины, но и щеки, язык и другие участки, а также наличием субъективных ощущений – выраженного жжения, болезненности. Часто на фоне гиперемированной отечной слизистой оболочки возникают пузыри, быстро превращающиеся в болезненные эрозии. При так называемом «горле курильщика» слизистая оболочка неба, язычка, дужек, задней стенки глотки имеет застойно-синюшный цвет, границы эритемы нечеткие, на ее фоне видна сеть расширенных кровеносных сосудов.

3. Пустулезный сифилид: редкое проявление вторичного сифилиса. Они обычно наблюдаются у ослабленных больных с тяжелым (злокачественным) течением процесса.

Различают пять разновидностей пустулезного сифилида: Угревидный – мелкие конические пустулы на плотном папулезном основании, быстро ссыхаются в корочки, по отпадению которых остаются вдавленные пигментированные рубчики. Медленно рассасываются. Диаметр пустулы 0,2- 0,3 см. диф.диагн: с обыкновенными угрями у кот. острое воспаление, болезненность, выраженная себорея, возраст, хроническое течение с частыми рецидивами высыпаний. Папулонекротический туберкулез кожи- локализ.на разгибательных поверх. Конеч-й, существует длительно, элементы развиваются торпидно, на месте узелковых высыпаний, кот.претерпивают некроз центральной части, остаются штампованные рубчики, кот.никогда не бывает при сифилисе. Оспенновидный – отличается шарообразными пустулами величиной с горошину 0,5- 1 см, с пупкообразным вдавлением в центре. Центр быстро засыхает в корку, расположены на плотном основании. Диф.диагн: с натуральной и ветряной оспой- начало острое с высокой температурой, тяжелым общ.состоянием. отсутствие в основании пустул плотного инфильтрата, появление высыпаний сначала на лице, отрицат.серолог. реакции. Импетигинозный – поверхностные пустулы, начинаются с образования на коже лица., ссгибат.поверхн. верх. Конечностей, груди, спине папул темно- красного цвета плотной консистенции диаметром до 1 см и более. В верхней части папул формируются папулы, кот быстро ссыхаются, образуя корки желтоватого цвета, окруженные темно- красным инфильтрированным венчиком. При удалении корок образ легко кровоточащая язва. Диф. Диаг: с вульгарным импетиго- острое начало, быстрое распространение, образованием сначала фликтен без уплотнения в основании, золотистыми корками, при снятии кот образ гладкая влажная эрозивная поверхность. Болеют в основном дети. Сифилитическая эктима – поздний сифилид (через полгода и позже от начала заболевания): глубокая округлая пустула величиной с крупную монету 3 см и более, быстро засыхает в толстую корку, инкрустированную в кожу, при отторжении которой возникает язва с круто обрезанными краями и периферическим валиком специфического инфильтрата багрово синюшного цвета. Эктимы обычно единичны, оставляют рубец. Диф.диагн: с вульгарной эктимой- сначала появляется стрептококковая пустула с остро воспалительной реакцией вокруг и без инфильтрации в основании. Сифилитическая рупия – эктимоподобный элемент под слоистой конической (устричной) коркой вследствие роста и повторного распада специфического инфильтрата. Обычно единичны, заживают рубцом. Пустулезно язвенные сифилиды редко могут располагаться и на слизистых оболочках. При локализации на миндалинах и мягком небе процесс имеет вид пустулезно язвенной ангины. Угревидный, импетигинозный и оспенновидный сифилиды наблюдаются, как правило, при вторичном свежем сифилисе, в то время как глубокие разновидности (эктима и рупия) являются симптомами рецидивного сифилида. Сифилитическая лейкодерма (сифилид пигментный) патогномонична для вторичного (обычно рецидивного) сифилиса, чаще встречается у женщин. Преимущественной локализацией ее являются боковые и задняя поверхность шеи («ожерелье Венеры») . Нередко могут поражаться грудь, плечевой пояс, спина, живот, поясница, иногда конечности. На пораженных участках сначала появляется постепенно усиливающаяся диффузная гиперпигментация. В дальнейшем на ее фоне возникают гипопигментированные округлые пятна величиной с ноготь. Различают пятнистую и кружевную сифилитическую лейкодерму , когда пятен очень много и они почти сливаются друг с другом, оставляя лишь небольшие полоски от гиперпигментированного фона. Она существует длительно (иногда в течение многих месяцев и даже лет), ее развитие связывают с поражением нервной системы (в пораженной ткани бледные трепонемы отсутствуют). Диф.диагн: с витилиго и вроричными лейкодермами, обусловленных отрубевидным лишаем. При витилиго отсутствует пигмент в очагах поражения, более крупный размер очагов дипегментации, имеющих склонность к слиянию. При вторичной лейкодерме пятна различной формы и величины, склонны к слиянию с образов.очагов. В близи участков дипегментации легко выявляются путем связывания их йодной настойкой. Сифилитическая алопеция обычно наблюдается во втором полугодии болезни, т. е. при вторичном рецидивном сифилисе. Известны две клинические разновидности – диффузная и мелкоочаговая . Иногда они сочетаются у одного и того же больного, представляя смешанную форму. Диффузная сифилитическая плешивость не имеет каких либо характерных черт. Облысению может подвергнуться любой участок кожного покрова, но чаше поражается волосистая часть головы. Обращают на себя внимание острое начало и быстрое течение процесса, иногда на голове или лобке количество оставшихся волос исчисляется единицами. Мелкоочаговая сифилитическая плешивость выражается множественными мелкими очажками облысения неправильно округлых очертаний, беспорядочно разбросанными по голове (особенно в области висков и затылка), – симптом «меха, изъеденного молью». Чрезвычайно характерно, что волосы в очагах поражения выпадают не полностью, а частично – происходит резкое поредение волос. Кожа в очагах облысения не изменена, фолликулярный аппарат полностью сохранен. Иногда мелкоочаговое облысение поражает брови и ресницы, которые имеют неодинаковую длину – «ступенчатообразные» ресницы, симптом Пинкуса. Сифилитическая алопеция существует в течение нескольких месяцев, после чего происходит полное восстановление волосяного покрова. Выпадение волос при сифилитической алопеции обусловлено развитием специфического инфильтрата в волосяном фолликуле без каких либо предшествующих клинических проявлений сифилиса на местах поражения. В области плешинок доказано наличие бледных трепонем. Диф.диагн: при гнездной алопеции более крупные единичные очаги облысения, резко ограниченные, с блестящей гладкой поверхностью и полным отсутствием волос, а также зоной расшатанных волос по периферии. При поверхностной трихофитии волосистой части головы в очагах поражения имеется шелушение, в этих очагах волосы не выпадают, а обламываются. В пораженных воласах обнаруживаются споры гриба.