

ЛЕКЦИЯ

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА

План лекции

- 1. Общая характеристика II периода сифилиса;
- 2. Особенности клинических проявлений вторичного сифилиса;
- пятнистые сифилиды;
- папулезные сифилиды;
- пустулезные сифилиды;
- сифилитическая алопеция;
- Сифилитическая лейкодерма.
- 3. Дифференциальная диагностика вторичного сифилиса.
- 4. Лечение.

Характеристика L II

- Вторичный период сифилиса наступает через 2,5 месяца от момента заражения больного, или через 1,5 месяца после появления твёрдого шанкра.
- для LII характерно:
 - твердый шанкр или его остатки;
 - регионарный лимфаденит;
 - полиаденит;
 - высыпания на коже или слизистых в виде вторичных сифилидов (пятна. папулы, пустулы).

- После первичного периода сифилиса или за неделю до окончания первичного периода появляются симптомы **общего характера** в виде недомогания, слабости, повышения температуры тела, снижение аппетита, работоспособности, ощущение тяжести в мышцах, боли в костях и суставах, усиливающиеся к вечеру и в ночное время.
- К концу первичного периода сифилиса развивается специфический полиаденит (шейные, затылочные, локтевые, подмышечные), плотно- эластической консистенции, подвижные, не спаяны с окружающей тканью и между собой, существует в течении многих месяцев, и разрешаются очень медленно.

Морфологическое многообразие вторичных сифилидов

зависит от ряда условий и причин:

- - от индивидуальных особенностей организма, определяемых в свою очередь состоянием его нервной системы,
- - от перенесенных или имеющихся заболеваний, влияния внешней среды, возраста,
- - в развитии сифилитических проявлений имеет значение реактивность организма,
- - условия труда и быта больного,
- - место расположения сифилидов,
- - воздействие на них тех или иных раздражающих лекарственных средств,
- - давность существования сифилиса и т. д.

Клинические признаки

- 1) повсеместность высыпаний;
- 2) доброкачественность течения сифилидов;
- 3) безлихорадочность вторичных высыпаний;
- 4) постепенное медленное развитие, отсутствие субъективных ощущений;
- 5) отсутствие островоспалительных явлений.
- 6) положительные серореакции при всех формах вторичных сифилидов;
- 7) быстрое исчезновение и рассасывание сифилидов под влиянием специфической терапии.
- 8) Чрезвычайно высокая заразительность вторичных сифилидов, особенно эрозивных и изъязвлённых;
- 9) истинный и ложный полиморфизм высыпаний.

Вторичный сифилис

Разновидности розеол

милиарные

элевирующие

шелушащиеся

геморрагические

кольцевидные

фигурные

рецидивные

Характеристика розеолы при вторичном сифилисе



- Розеола может появиться как, через несколько (5—6) месяцев, так и через 1-2-3 года после заражения.
Величина от чечевицы до ногтя мизинца, неправильно округлых очертаний при раннем, более крупные при позднем; исчезающая при надавливании;
Цвет пятен от бледно-розового до насыщенно-розового, даже красного при раннем, более блеклые при позднем;
пятна между собой не сливаются;
располагается симметрично на туловище, на боковых поверхностях при раннем, ассиметричная при позднем;
появляется постепенно, толчкообразно, в течении нескольких дней, существует 3-4 недели.

Характеристика розеолы при позднем вторичном сифилисе



Розеола может появиться как, через несколько (5—6) месяцев, так и через 1-2-3 года после заражения.

скудные высыпания,
блеклая окраска пятен,
большая величина,
расположение ассиметрично,
наклонность розеолезных
пятен к группировкам,
образованию дуг, колец,
гирлянд

Дифференциальная диагностика сифилитической розеолы

1. *Инфекционные розелезные высыпания (сыпной или брюшной тиф).*

- сопровождаются симптомами интоксикации;
- головными болями, болями в пояснице,
- инфекционная розеола не бывает такой обильной
- вскоре приобретает петехиальный характер,
- при надавливании не исчезает.
- положительные серореакции, наличие других проявлений сифилиса, специфического полиаденита (особенно локтевых лимфатических узлов) решают вопрос в пользу диагноза сифилитической розеолы.

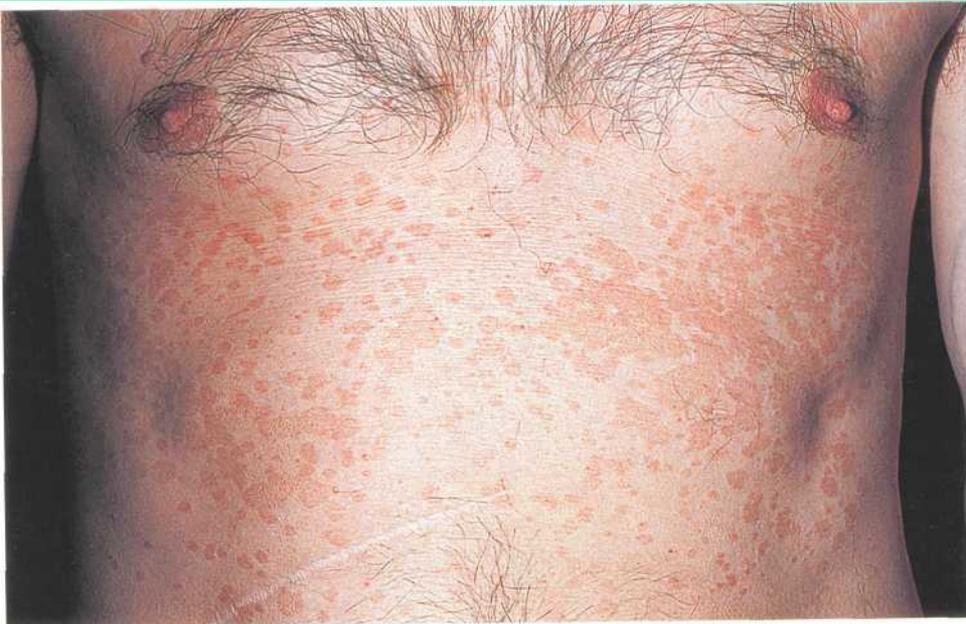
2. Токсическая розеола

- больные связывают появление высыпаний с приемом каких-либо лекарственных веществ, или с употреблением в пищу тех или иных, иногда недоброкачественных продуктов;
- Характеризуется: синюшным оттенком,
- склонностью сливаться в местах естественных складок кожи в области локтевых сгибов, подколенных и подмышечных впадин;
- склонностью к шелушению при обратном развитии;
- наличием зуда;
- токсическая розеола держится обычно не больше 8—10 дней.

3. Розовый лишай Жибера

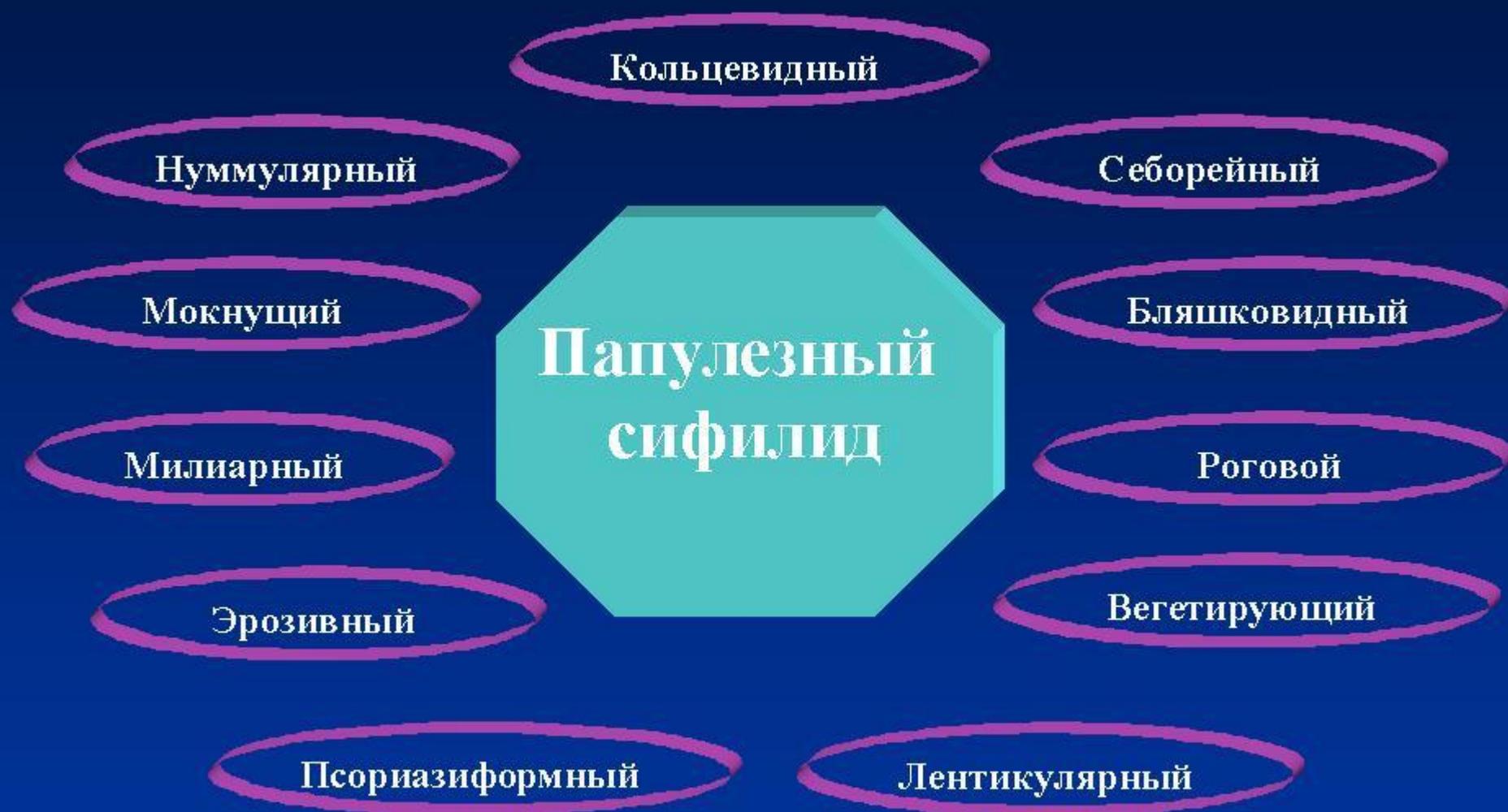
- за 10-15 дней, до появления высыпаний, предшествует появление «материнской бляшки», которая имеет вид шелушащегося, округлых очертаний очага, значительно больших размеров, чем остальные пятна, и отличается своей более блеклой розовато-желтой окраской.
- Пятна имеют розовую или красную окраску, в центре желтоватую;
- центральная часть пятен покрыта нежными чешуйками, собранными в виде «гофрированной папиросной бумаги».
- пятна не превышают 10-15-копеечной монеты;
- иногда сопровождается зудом.
- длительность существования высыпаний 6—8 недель.

4. Отрубевидный лишай.



- Это грибковое заболевание;
- локализуется в области верхней части туловища (шея, плечевой пояс, грудь, спина, верхняя треть плеча).
- шелушение в виде мелких отрубевидных чешуек;
- величина от просяного зерна до ногтя и больше;
- отдельные пятна сливаются в более обширные бляшки,
- цвет пятен желтовато - или коричневатого-бурый.
- Существенную помощь в диагнозе может оказать проба Бальцера с йодом,
- симптом стружки +,
- с-м скрытого шелушения.

Вторичный сифилис



Дифференциальная диагностика

- 1. Красный плоский лишай
- 2. Парапсориаз (parapsoriasis)
- 3. Папуло- некротический туберкулёз кожи
- 4. Псориаз
- 5. Лихеноидный туберкулёз кожи

ПАПУЛЕЗНЫЙ СИФИЛИС



Кольцевидный тип

- клиническая картина определяется его названием: некоторые папулезные элементы складываются в кольца, дуги, гирлянды, иногда самых неопределенных и причудливых очертаний;



Мокнувший папулезный сифилид (*syphilis papulosa madidans*)

- Локализуются на участках кожного покрова с повышенной влажностью и потливостью (половые органы мужчин и женщин, промежность, область заднего прохода, между пальцами ног, область подмышечных впадин, под грудными железами у женщин, чаще у тучных субъектов);
- имеют внешний вид: поверхность их мацерируется, мокнет и в связи с этим, цвет становится белесоватым.
- эти папулы считаются наиболее контагиозными;
- субъективно может беспокоить зуд.

Гипертрофические папулы наружных половых органов и перианальной области



Гипертрофические папулы аногенитальной области и паховых складок



**Эрозивные папулы на
коже мошонки**



**Эрозивные папулы
наружных половых
органов и перианальной
области**



**Эрозивные папулы
наружных половых
органов, перианальной
области и паховых
складок**



**Эрозивные папулы на
больших половых**



**Эрозивные папулы
аногенитальной области**



**Гипертрофические
эрозивные папулы
наружных половых
органов и перианальной
области**



Широкие кондиломы



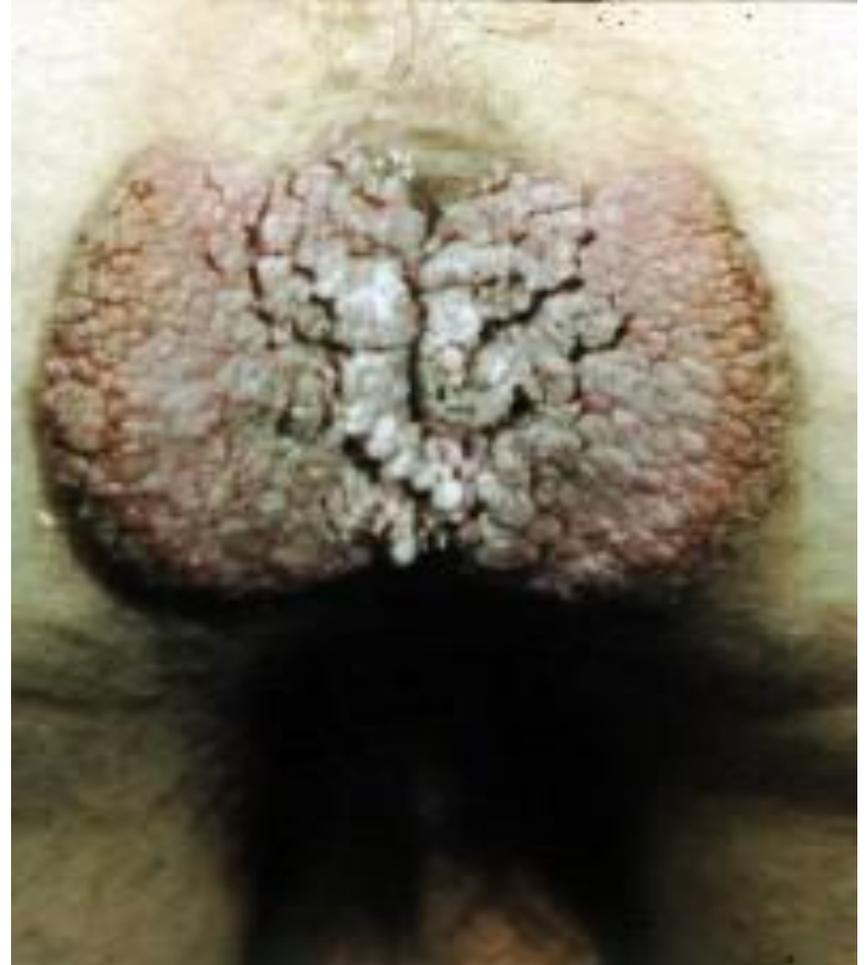
- в области заднего прохода, промежности, на половых органах, мокнущие папулы увеличивается в размерах, гипертрофируются, вегетируют и превращаются в вегетирующие папулы или широкие кондиломы *condylomata lata*.
- субъективно беспокоит зуд половых органов.

Остроконечные кондиломы.



- Локализуются в области половых органов, реже заднего прохода как у мужчин, так и женщин;
- возникают в результате длительного раздражения и имеют вирусную природу;
- остроконечные кондиломы сидят на тонкой ножке, поверхность их неровная;
- они состоят из мелких долек и напоминают «петушиный гребешок»;
- обильные скопления остроконечных кондилом образуют мощные разрастания, напоминающие цветную капусту;
- цвет их от бледно-розового до красного.

Остроконечные кондиломы



Геморрой (varices haemorrhoidales).

- Геморроидальные шишки не имеют той плотности и опалового цвета, которые свойственны широким кондиломам;
- они обычно болезненны, часто кровоточат и отличаются хроническим течением.
- Следует вместе с тем помнить, что на геморроидальных шишках могут располагаться эрозивные папулы или элементы эрозивного сифилида слизистых.

Папулезный сифилид слизистых оболочек

- На слизистых оболочках влагалища и шейки матки папулезный сифилид, как правило, не встречается.
- Сифилитические папулы на слизистой оболочке полости рта и носа представляются в виде плотных, округлых, различной величины (от чечевицы до гривенника) безболезненных элементов, резко отграниченных от нормальной слизистой и слегка над ней возвышающихся. Это -так называемая папулезная сифилитическая ангина (*angina syphilitica papulosa*).

**Эрозивно- язвенные
папулы на слизистой
полости рта**



**Эрозивные папулы
языка**



Папулёзный сифилид языка



Сифилиды ладоней и подошв (*syphilis papulosa psoriasiformis palmaris et plantaris*).



- появляется обычно в поздние периоды болезни и чаще встречается на 2-3-м году заболевания.
- клинические разновидности:
 - а) Чечевичеобразный тип (в виде мелких папул красновато-желтого цвета, плотной консистенции, без воспалительной реакции в окружности, поверхность папул часто покрывается чешуйками);
 - б) Кольцевидный тип;
 - в) Роговой тип;
 - г) Широкий тип (представляется в виде бляшек округлых или неправильных очертаний).

Роговые папулы

- отличается мощным развитием рогового слоя,
- морфологические элементы в виде чрезвычайно плотных, ороговевших, крупных папул желтоватого цвета, округлых очертаний, напоминающие мозоль);



Вторичный сифилис

Разновидности пустулезного сифилида

эктима

рупия

акнеиформный

импетиго

оспенновидный сифилид

1. Угревидный сифилид (*acne syphilitica*)



- Представлен мелкими пустулами, величиной с конопляное зерно;
- конической формы, сидящие на плотном основании;
- локализуется на лице, шее, лопатках, голове;
- быстро ссыхаются в корочки, образуя папуло-корковые элементы;
- разрешаются без образования рубца.

Дифференциальная диагностика



Вульгарные угри.

- Характерна их связь с сальными железами,
- наличие воспалительного венчика в окружности пустулки;
- локализуются на лице, груди, плечевом поясе и межлопаточной области;
- возникают у лиц юношеского возраста,
- а также характеризуются наличием комедонов;
- из простого угря легко выдавить центральный стержень- «сальная пробка», которая отсутствует у элементов угревидного сифилида.



2. Импетигиозный сифилид (*impetigo syphilitica*)



- морфологическим элементом является папула, в центре которой через 3-5 дней происходит образование поверхностной пустулы;
- быстро сохнет в корку, из-за просачивания экссудата корка приобретает слоистость;
- локализуется на любом участке кожного покрова, чаще на волосистая часть головы;
- Разрешается без образования рубцов.

**Папулёзные и
импетигиозные
высыпания на коже**



**Папуло - пустулезные
высыпания на коже**



3. Оспенновидный сифилид (*varicella syphilitica*)

- является редкой разновидностью пустулезного сифилида;
- появляется в ранней стадии заболевания, чаще совместно с другими проявлениями вторичного сифилиса;
- морфологическим элементом является шарообразная пустула величиной с крупную чечевицу или небольшую горошину;
- центр пустулы быстро ссыхается в корочку, что и делает ее похожей на морфологический элемент при оспе;
- при разрешении сифилида рубцов не остается.

4. Сифилитическая эктима (*ecthyma syphiliticum*)



- представляет собой глубокую пустулу, покрытую мощной коркой;
- величиной от копеечной до рублевой монеты;
- корка как бы «погружена» в кожу на ту или иную глубину;
- под коркой образуется язва с круто обрезанными краями;
- краевой валик инфильтрата имеет багровосинюшный цвет;

Сифилитическая эктима

- часто корка отстоит от краевого валика, образуя периферическую полосу язвенной поверхности;
- возникновение, течение и заживление эктим медленное;
- разрешается с образованием рубца;
- число не превышает обычно 5-6;
- локализуется на конечностях, особенно на голенях



5. Сифилитическая рупия (*rupia syphilitica*)



- является эктимоподобным элементом;
- локализуется чаще на конечностях;
- количество рупий невелико;
- образуется конусообразная, слоистая- корка, напоминающая устричную раковину;
- отличается медленным течением;
- заживает с образованием рубцов.

Сифилитическое облысение (*alopecia syphilitica*)

- клинические разновидности алопеции: -диффузная сифилитическая (*alopecia syphilitica diffusa*)
-мелкоочаговая сифилитическая (*alopecia syphilitica areolaris*);
- Мелкоочаговое облысение поражает брови и ресницы. Выпадение волос на бровях в виде мелких очагов облысения, что дало повод назвать его «омнибусным» (Фурнье), а затем «трамвайным»;
- Поражение ресниц характеризуется постепенным их выпадением и последовательным отрастанием, рядом с нормальными ресницами можно видеть короткие — картина, получившая название «ступенчатообразных» ресниц.



- Мелкоочаговая алопеция в виде множества мелких очагов облысения величиной с гривенник;
- неправильно округлых очертаний, беспорядочно разбросанных по голове, особенно в области висков и затылка;
- сравнивается с «мехом, изъеденным молью»;
- восстановление волосистого покрова полное, так как фолликулярный аппарат при этом сохраняется.

Дифференциальная диагностика алопеции.



Гнездная алопеция характеризуется быстрым началом тотального выпадения волос в четко ограниченном участке, обычно круглой формы. Продолжительность и объем выпадения волос сильно разнятся. Большинство случаев бессимптомные, но некоторые пациенты жалуются на жжение. Кожа на пораженном участке гладкая.

- *Гнездная плешивость (alopecia areata).*
- это заболевание отличается внезапностью своего появления;
- характеризуется наличием небольшого количества сравнительно крупных очагов облысения;
- волосы на очагах поражения отсутствуют полностью, а по периферии очага – зона расшатанных волос;
- кожа облысевших участков представляется гладкой и блестящей.

Сифилитическая лейкодерма (*leucoderma syphiliticum*)

- Называют «протоколом положительной реакции Вассермана, начертанным на шее больного».
- чаще наблюдается у женщин;
- Локализуется на шее («ожерелье Венеры»), на туловище, груди, плечевом поясе, на конечностях и совсем нередко спереди подмышечных впадин.
- сначала появляется гиперпигментация бледно-желтого цвета, затем становится более заметной, затем на гиперпигментированном фоне появляются депигментированные пятна округлых очертаний величиной с мелкую серебряную монету;
- пятна расположены изолированно;
- сифилитическую лейкодерму лучше рассматривать при боковом освещении.