

А.В. Ярута

АНАЛИЗ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОЯВЛЕНИЙ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА НА КОЖЕ И СЛИЗИСТЫХ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В. Г. Панкратов

Кафедра кожных и венерических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** Приведены результаты анализа частоты и выраженности клинических симптомов и лабораторных тестов при ретроспективном изучении 90 историй болезни больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек, проходивших лечение в УЗ «ГККВД» в период с 2011 по 2013 г. Проведена дифференциальная диагностика проявлений с элементами при кожных и инфекционных заболеваниях.*

***Ключевые слова:** вторичный сифилис кожи и слизистых.*

***Resume.** The result of analyzing the disease frequency and the clinical symptoms and laboratory diagnostic tests pronouncement while studying ninety case records of managing patients suffering from secondary syphilis caused skin and mucous membranes damages retrospectively are presented. The case records covered the period of 2011-2013. Differential diagnostics of implications is carried out with elements of dermal and infectious diseases*

***Keywords:** secondary syphilis of skin and mucous membranes.*

Актуальность. Вторичный период сифилиса начинается с вторичных появления высыпаний (пятнистые, папулезные или пустулезные) на коже и слизистых оболочках. Учитывая неодинаковую выраженность и частоту встречаемости клинических проявлений вторичного периода сифилиса в периоды подъема и угасания заболеваемости сифилисом, остро стоит вопрос о дифференциальной диагностике заболевания.

Цель: Целью исследования стал анализ заболеваемости вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек пациентов, проходивших лечение в Городском клиническом кожно-венерологическом диспансере за период с 2011 по 2013 года. А также проведение дифференциальной диагностики проявлений вторичного сифилиса на коже и слизистых оболочках с морфологическими элементами сыпи при кожных и инфекционных заболеваниях.

Задачи:

1. Проанализировать частоту и выраженность клинических симптомов и лабораторных тестов при ретроспективном изучении 90 историй болезни пациентов с вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек .

2. Провести дифференциальную диагностику проявлений вторичного сифилиса на коже и слизистых оболочках с морфологическими элементами при кожных и инфекционных заболеваниях.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ 90 историй болезни пациентов с вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек, проходивших лечение в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» в период с 2011 до 2013 года. Возраст пациентов колебался в пределах от 17 до 54 лет (74% - мужчины, 26% - женщины). Проведена дифференциальная диагностика проявлений вторичного сифилиса на коже и слизистых оболочках.

Результаты и их обсуждение. Одним из наиболее частых проявлений вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек являлась розеолезная сыпь у 68 пациентов (75,56%). Преобладала типичная розеола, в 8,89% случаев наблюдалась сливная розеолезная сыпь. Дифференциальная диагностика сыпи проводится с: краснухой (характерно острое начало, симптомы интоксикации, увеличение задних шейных лимфоузлов, сухой кашель, спустя 2-3 дня появляется сыпь); корью (острое начало, появление на слизистой полости рта пятен Филатова-Коплика, затем появляется обильная сыпь на теле); брюшным тифом (повышение температуры, слабость, спустя 8-10 дней появляется розеолезно-петехиальная сыпь на боковых поверхностях туловища, характерна гепатоспленомегалия); токсидермией (чаще после приема лекарственных веществ, склонность к периферическому росту, характерен зуд, шелушение); розовым лишаем Жибера (сначала появляется «материнская бляшка» с мелкопластинчатым шелушением, а через 5-10 дней более мелкие высыпания на теле); разноцветным лишаем (на верхней половине туловища появляются шелушащиеся пятна. Положительная реакция со спиртовым раствором йода. В соскобе определяются грибы рода *Malassezia*)[2].

Папулезный сифилид туловища и конечностей наблюдался у 37 (41,11%)

пациентов. В большинстве случаев наблюдались лентикулярные папулы (50,5%). У 37,84% (14 пациентов) себорейные папулы. При этом сочетание розеолезной и папулезной сыпи туловища и конечностей выявлено у 27 (30%) пациентов. Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями: вульгарный псориаз (характерна «псориатическая триада», тенденция папул к росту, слиянию с образованием бляшек); каплевидный парapsoriasis (характерна триада симптомов: симптом скрытого шелушения, симптомом «облатки» и появлением геморрагий вокруг папулы после поскабливания); красный плоский лишай (полигональные папулы синюшно-красного преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей, на туловище, кожный зуд, на поверхности папул характерно появление «сетки Уикхема»)[2]; лихеноидный туберкулез кожи (папулы склонны к группировке, конусовидной формы, нежные чешуйки на поверхности, характерны положительные туберкулиновые реакции)[1].

Ладонно-подошвенный сифилид наблюдался у 45 (50%) пациентов. Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями: ладонно-подошвенный псориаз (на ладонях и подошвах могут появляться типичные папулы и бляшки либо гиперкератотические наслоения. Границы четкие, часто поражаются ногтевые пластинки)[2]; хроническая экзема ладоней и стоп (участки лихенизации и шелушения кожи по всей поверхности ладоней и подошв. Границы очагов поражения нечеткие, по периферии - мелкие экзематозные отсева); роговая экзема (ограниченные участками гиперкератоза, возможно сочетание с поражениями на боковых поверхностях пальцев. Склонность к шелушению, развитию болезненных трещин)[2].

Пустулезная сыпь наблюдалась у 2 пациентов (2,2%) и была представлена сифилитической эктимой, которая дифференцируется с вульгарной эктимой (начинается с появления стрептококковой пустулы с ярким воспалительным венчиком, без плотного инфильтрата в основании и вокруг нее. Образовавшаяся язва углубляется и расширяется, имеет крутые края с гнойными массами на дне. Локализуется на голени).

Поражение слизистой полости рта констатировано у 54 пациентов (60%). Эритематозная ангина – у 41(45,6%), эритематозно-папулезная – у 3 (3,3%) пациентов; папулы губ, углов рта – 8 (8,9%); высыпания на языке – 13 (14,44%) пациентов. Высыпания дифференцируют со следующими заболеваниями: катаральная ангина, язвенно-некротическая ангина Плаута-Венсана(на фоне лихорадки на одной из миндалин появляются болезненные язвы с подрытыми краями, покрытые некротическими массами грязно-серого цвета); стрептококковая заеда, кандидоз слизистых оболочек полости рта, лейкоплакия, дискоидная красная волчанка[2].

Сифилитическая алопеция была обнаружена у 10 (11,11%) человек. При этом у 9 пациентов наблюдалось очаговое выпадение волос, у одного – диффузная алопеция, у 1 пациента выявлен симптом Пинкуса. Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями: гнездное выпадение волос, андрогенетическое облысение, себорейное облысение, псевдопелада Брока – в основе диагностики

лежит клиническая картина. Трихомикоз (волосы обламываются на высоте 3-8 мм, в обломках волос обнаруживаются споры грибов)[2].

Папулы гениталий, промежности, включая перианальную область, выявлены 58 (64,4%) человек. При этом широкие кондиломы у 6 пациентов (дифференциал проводится с остроконечными кондиломами, геморроидальными узлами, фолликулитами), гипертрофические папулы – у 4 пациентов, эрозивные и эрозивно-язвенные – у 13 человек (дифференцируют с болезнью Бехчета)[2]. У 41 пациента (70,7%) наблюдалось сочетание с папулезными или папулезно-розеолезными высыпаниями на туловище.

Твердый шанкр в различных стадиях выявлен у 23 (25,6%) . Фимоз диагностирован у 11 (12,2%) пациентов.

Реакция лимфатической системы в виде полиаденита обнаружена у 66,7% пациентов. Воспаление только паховых лимфоузлов наблюдается у 18 (20%) пациентов, отсутствие реакции лимфатической системы - у 12 (13,3%) человек.

Важную роль в диагностике сифилиса играют лабораторные методы исследования. Всем пациентам при поступлении и выписке выполнялась МРП. Также 85% пациентов были выполнены РПГА и РИФ200, абс. Как видно из приведенных диаграмм (рис. 1, 2, 3), имеется тенденция к увеличению титров антител у пациентов с сифилисом.

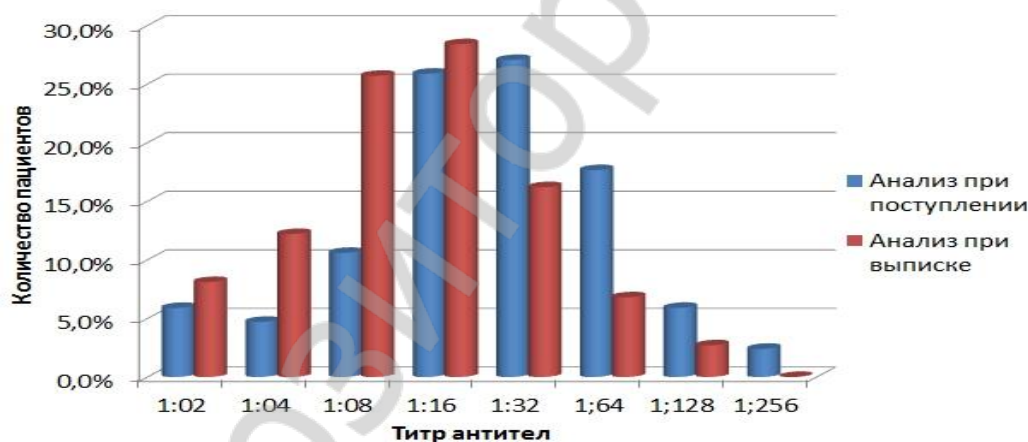


Рисунок 1 – результаты анализа МРП при поступлении и выписке

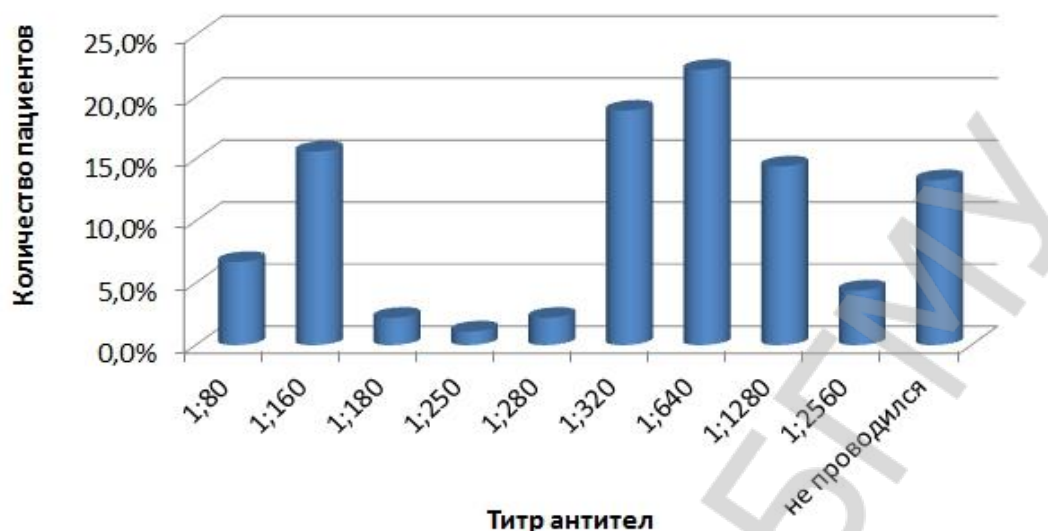


Рисунок 2 – Результаты анализа РПГА при поступлении

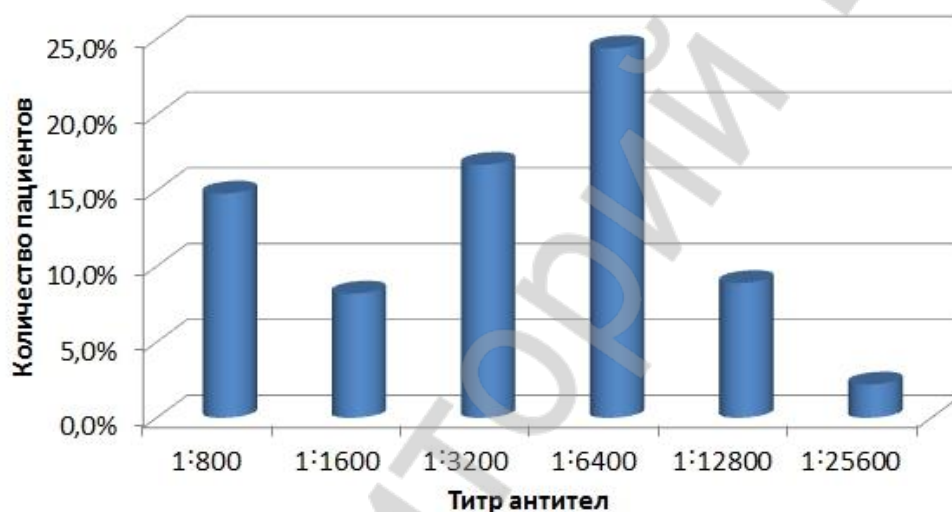


Рисунок 3 – Результаты РИФ200,абс при поступлении

Выводы:

1. Диагностика вторичного сифилиса базировалась на данных анамнеза, клинической картине и на серологических реакциях.

2. Наиболее частыми проявлениями были:

Розеолезная сыпь туловища и конечностей – 75,56%

Папулы слизистой оболочки полости рта – 60%

Папулы гениталий, промежности, включая перианальную область, выявлены 58 (64,4%) человек.

Реакция лимфатической системы обнаруживалась в 87% случаев.

3. При лабораторной диагностике вторичного сифилиса чаще обнаруживались высокие титры антител.

4. Дифференциальная диагностика сифилидов вторичного периода должна проводиться с морфологическими элементами сыпи при кожных и инфекционных заболеваниях с помощью клинических и лабораторных методов.

A. V. Yaruta

**THE ANALYSIS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF
IMPLICATIONS OF THE SECONDARY SYPHILIS ON THE SKIN AND
MUCOUS MEMBRANES**

*Tutors: associate professor V.G. Pankratov
Department of dermal and venereal diseases
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Венерология (учение о болезнях, передаваемых при половых контактах) / В.Г. Панкратов, Н.Д. Хилькевич, О.В. Панкратов [и др.]; под ред. В.Г. Панкратова. – Минск:БГМУ, 2009. – 175 с.
2. Аствацатуров, К. Р. Сифилис, его диагностика и лечение./ Аствацатуров, К.Р. – М.: Медицина, 1971. – 247 с.
3. Клинические проявления раннего приобретенного сифилиса во вторичный период при подъеме заболеваемости / В.Г. Панкратов, О.В. Панкратов, В.В. Ярмолевич и др. // Здоровоохранение. – 2009. - №11. – С. 4-7.