

Вторичный период сифилиса (*Syphilis secundaria*)

Выполнил: интерн факультетской
стоматологии 3 группы
Минин Максим Геннадьевич

- ▶ Вторичный период сифилиса нередко начинается с продромальных явлений, которые возникают обычно за 7-10 дней до появления вторичных сифилидов. Чаще они наблюдаются у женщин или ослабленных больных и по времени совпадают с массовым распространением бледных трепонем в организме больного гематогенным путем. Отмечаются слабость, снижение работоспособности, адинамия, головная боль, боли в мышцах, костях, суставах (усиливающиеся в ночное время, что характерно для сифилиса), повышение температуры (до средних цифр, реже до 39-40°С). Часто такое состояние расценивается больными и врачами как гриппозное, что задерживает своевременную диагностику сифилиса. В этот период в крови могут наблюдаться лейкоцитоз, анемия. Как правило, с появлением клинических симптомов вторичного периода сифилиса продромальные явления, которые бывают далеко не у всех больных, исчезают.

- ▶ Вторичный сифилис характеризуется многообразием морфологических элементов, которые располагаются на коже и видимых слизистых оболочках, а также (в меньшей степени) изменениями внутренних органов, нервной системы, двигательного аппарата и др. Вторичный сифилис развивается через 2-2,5, реже 3 мес. после заражения. Без лечения рецидивы могут повторяться несколько раз на протяжении нескольких лет и более. В промежутках между высыпаниями устанавливают диагноз вторичного скрытого сифилиса.

Сифилиды при вторичном сифилисе имеют общие признаки:

- ▶ все элементы доброкачественны, они обычно не разрушают ткани, не оставляют рубцов, кроме редких случаев злокачественного сифилиса, сопровождающегося изъязвлением, самопроизвольно проходят через 2-3 мес, обычно не сопровождаются нарушением общего состояния;
- ▶ высыпания не сопровождаются, как правило, субъективными ощущениями. Лишь при наличии сыпи на волосистой части головы и в крупных складках кожи некоторые больные жалуются на небольшой зуд;
- ▶ в элементах отсутствуют признаки острого воспаления, они имеют медно-красный, застойный или буроватый оттенок, а затем их окраска становится блеклой, «скучной», последнее отражает не только тон окраски, но и само течение сыпи вторичного сифилиса;
- ▶ высыпания имеют округлую форму, они резко отграничены от здоровой кожи, не склонны к периферическому росту и слиянию, в связи с этим располагаются фокусно, оставаясь отграниченными друг от друга;

- ▶ высыпаниям свойственен полиморфизм, так как вторичный сифилис нередко характеризуется одновременным высыпанием различных сифилидов, что обуславливает истинный полиморфизм, а приступообразное появление сифилидов обуславливает эволюционный или ложный полиморфизм;
- ▶ сифилиды быстро рассасываются под влиянием противосифилитического лечения;
- ▶ элементы содержат большое количество бледных трепонем и поэтому заразительны;
- ▶ серологические реакции крови (РСК, RW) и осадочные пробы резко положительны почти в 100% случаев при вторичном свежем сифилисе (с высоким титром реагинов - 1:160, 1:320) и у 96-98% больных вторичным рецидивным сифилисом (с более низким титром реагинов). Почти в 100% случаев отмечается резкоположительный результат при исследовании крови больных с помощью РИФ. Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) дает положительный результат почти у половины больных вторичным свежим сифилисом (60-80% иммобилизации) и у 80-100% больных вторичным рецидивным сифилисом (90-100% иммобилизации). До 50% случаев вторичного рецидивного сифилиса сопровождается патологическими изменениями в спинно-мозговой жидкости при отсутствии клинической картины менингита (так называемый скрытый, латентный сифилитический менингит).

Сифилиды состоят из сосудистых пятен (розеол), узелков (папул) и значительно реже пузырьков (везикул), гнойничков (пустул). Кроме того, к вторичному сифилису относят пигментный сифилид (сифилитическая лейкодерма) и сифилитическое выпадение волос (алопеция).

При вторичном свежем сифилисе сифилиды более мелкие, обильные, более яркой окраски, располагаются симметрично преимущественно на коже туловища, не имеют тенденции к группировке и слиянию, как правило, не шелушатся. У большинства больных можно обнаружить остатки твердого шанкра и выраженный регионарный лимфаденит (у 22-30% больных). Кроме того, лучше выражен полисклераденит (увеличенные, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные лимфатические узлы в подмышечной области, подчелюстные, шейные, кубитальные и др.). Полиаденит встречается у 88-90% больных вторичным свежим сифилисом.

При вторичном рецидивном сифилисе элементы сыпи крупнее, менее обильные, часто несимметричные, склонные к группировке (образование фигур, гирлянд, дуг), более бледные по окраске, с нередкой локализацией в промежности, паховых складках, на слизистых оболочках половых органов, рта, т. е. в местах, подвергающихся раздражению. Если при вторичном свежем сифилисе у 55-60% больных наблюдается мономорфная розеолезная сыпь, то при вторичном рецидивном сифилисе она встречается реже (примерно у 25% больных), чаще наблюдается мономорфная папулезная сыпь (до 22% случаев).

- ▶ Пятнистый сифилид (сифилитическая розеола) - наиболее частая форма поражения кожи при вторичном свежем сифилисе.

Розеола представляет собой сначала розовые, а затем бледно-розовые, с нерезкими очертаниями, округлые, размером до 1 см в диаметре, не сливающиеся между собой пятна с гладкой поверхностью, которые не обладают периферическим ростом и не возвышаются над окружающей кожей. Розеола появляется постепенно, по 10-12 элементов в день и достигает полного развития за 7-10 дней, чем объясняется различная интенсивность ее окраски. При надавливании на розеолу она временно исчезает или бледнеет, но после прекращения давления появляется вновь. Лишь при надавливании на длительно существующую розеолу на месте розовой остается желтоватая окраска, обусловленная распадом эритроцитов и отложением гемосидерина. Длительно существующая розеола приобретает желтовато-бурый цвет. Розеола располагается преимущественно на туловище и конечностях. Кожа лица, кистей и стоп поражается крайне редко. Розеола не сопровождается субъективными ощущениями. Продержавшись в среднем без лечения 3-4 нед., розеола постепенно исчезает.

При вторичном свежем сифилисе розеола располагается беспорядочно, но симметрично и фокусно. Розеола при вторичном рецидивном сифилисе возникает в меньшем количестве, чем при вторичном свежем сифилисе, локализуется обычно лишь на отдельных участках кожного покрова, часто группируется с образованием фигур в виде дуг, колец, полудуг, оставляя при этом фокусность своего расположения. При этом размеры рецидивной розеолы немного крупнее, чем размеры свежей розеолы, а их окраска имеет цианотичный оттенок. У больных вторичным свежим сифилисом после первых инъекций пенициллина обычно возникает реакция обострения (реакция Герксгеймера-Яриша-Лукашевича), сопровождающаяся повышением температуры тела и усилением воспаления в области сифилитических высыпаний. В связи с этим розеола, приобретая более насыщенный розово-красный цвет, хорошо видна. Кроме того, во время реакции обострения розеола может появиться на местах, где ее не было до начала лечения.

Помимо типичной розеолы, различают следующие ее разновидности, которые встречаются крайне редко:

- ▶ шелушащаяся розеола - на поверхности пятнистых элементов возникают пластинчатые чешуйки, напоминающие смятую папиросную бумагу, а центр элемента представляется несколько запавшим;
- ▶ приподнимающаяся розеола (элевирующая розеола) - при наличии периваскулярного отека немного возвышается над уровнем нормальной окружающей кожи, напоминая волдырь, но не сопровождается зудом.

▶ Дифференциальный диагноз.

Диагностика сифилитической розеолы, особенно при свежем вторичном сифилисе, затруднений обычно не представляет. При проведении дифференциального диагноза пятнистого сифилида следует иметь в виду пятнистые высыпания, возникающие при некоторых острых инфекциях (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермию, розовый лишай, отрубевидный лишай, пятна от укусов клопов. Однако высыпания при острых инфекциях всегда сопровождаются довольно высокой температурой тела и общими явлениями. У больных корью обильная, крупная, сливающаяся, яркая сыпь вначале появляется на лице, шее, туловище, конечностях, в том числе тыле кистей и стоп; при регрессе высыпаний сыпь шелушится. На слизистой оболочке щек, иногда на губах, деснах возникают точечные белесоватые пятна Филатова-Коплика. У больных краснухой вначале сыпь появляется на лице, затем шее и распространяется на туловище. Высыпания бледно-розового цвета, размером до чечевицы, имеют круглую или овальную форму, без склонности к слиянию, часто несколько выстоят над уровнем кожи, существуют 2-3 дня и бесследно исчезают; одновременно аналогичные высыпания бывают на слизистой оболочке зева; иногда беспокоит зуд.

Высыпания при брюшном и сыпном тифах всегда сопровождаются тяжелыми общими явлениями, розеола при тифах не столь обильна, нередко принимает петехиальный характер; кроме того, в этих случаях отсутствуют первичный склероз, склераденит, полиаденит.

В случаях, когда появлению сифилитической розеолы предшествуют продромальные явления с лихорадкой, последняя не столь высока, как при тифах, и исчезает в первые же дни после появления розеолезных высыпаний.

Пятнистые высыпания при токсидермии, возникающие при приеме лекарственных средств или недоброкачественной пищи, отличаются острым началом и течением, яркой окраской, быстрым присоединением шелушения, склонностью к периферическому росту и слиянию, они часто сопровождаются жжением и зудом.

У больных розовым лишаем Жибера в отличие от сифилитической розеолы сначала чаще в области боковой поверхности туловища появляется так называемая материнская бляшка, представляющая собой овальное, розово-красное пятно размером примерно 1,5х3 см и более с тонкой пластинчатой желтоватой чешуйкой, сморщенной, подобно мятой папиросной бумаге. Спустя 1-2 нед. появляется большое количество аналогичных элементов, но меньшей величины, которые располагаются своим длинным диаметром по метамерам.

При отрубевидном (разноцветном) лишае в отличие от сифилитической розеолы возникают невоспалительные, цвета кофе с молоком, шелушащиеся, склонные к слиянию пятна, чаще в области верхней части туловища. При смазывании таких пятен йодной настойкой они окрашиваются в более темный цвет по сравнению с окружающей кожей.

Пятна от укусов плоских отличаются от сифилитической розеолы серовато-фиолетовым цветом, наличием в центре некоторых пятен еле заметной геморрагической точки от укуса лобковых вшей; эти пятна не исчезают при надавливании.

При проведении дифференциального диагноза сифилитической розеолы с указанными выше заболеваниями важное диагностическое значение имеют отсутствие других клинических симптомов вторичного сифилиса, а также результаты серологического обследования больных.

- ▶ Папулезный сифилид - такое же частое проявление вторичного сифилиса, как и розеола. Но если розеола является наиболее частым проявлением вторичного свежего сифилиса, то папулезный сифилид - вторичного рецидивного сифилиса. По размерам различают крупнопапулезные, или лентикулярные, и мелкопапулезные, или милиарные, сифилиды.

Лентикулярный папулезный сифилид представляет собой наиболее часто встречающуюся разновидность сифилитических папул, которые имеют плотноэластическую консистенцию, округлые, резко ограниченные очертания, полушаровидную форму, величину от чечевицы до горошины (0,3-0,5 см в диаметре). Они не склонны к периферическому росту и слиянию. Цвет папул вначале розовый, позднее становится медно-красным или синюшно-красным (ветчинным). Поверхность папул в первые дни гладкая, блестящая, затем начинает шелушиться. Шелушение папул начинается в центре и заканчивается раньше, чем на периферии, что обуславливает появление краевого шелушения папул в виде «воротничка» Биетта. Давление на центр узелка тупым зондом вызывает резкую болезненность (симптом Ядассона). Папулезные сифилиды возникают на коже не сразу, они появляются толчкообразно, достигая полного развития через 10-14 дней, после чего держатся стойко в течение 6-8 нед., поэтому у одного и того же больного можно видеть папулы, находящиеся в различных стадиях развития. После разрешения папул на их месте длительно существует пигментация.

При вторичном свежем сифилисе папулы симметрично, беспорядочно рассеяны на коже туловища и конечностей, нередко бывают на лице, волосистой части головы. У больных вторичным рецидивным сифилисом папулы малочисленны, имеют склонность к группировке в виде колец, гирлянд, дуг, полудуг и локализации в излюбленных местах (гениталии, анальная область, слизистая оболочка рта, ладони, подошвы и др.).

Различают следующие клинические разновидности вторичных папулезных сифилидов: псориазиформный, монетовидный, себорейный, ладоней и подошв, мокнущий, широкие кондиломы и др.

- ▶ Себорейный папулезный сифилид локализуется на участках кожи, богатых сальными железами, преимущественно у лиц, страдающих жирной себореей на лице, особенно в области лба на границе с волосистой частью головы (корона Венеры), в носогубных, носощечных и подбородочной складках, на волосистой части головы.

Папулы покрыты желтоватого или серовато-желтого цвета жирными чешуйками.

- ▶ Псориазиформный папулезный сифилид характеризуется наличием на поверхности папул большого количества серебристо-белых пластинчатых чешуек, благодаря чему эти элементы становятся похожими на псориазные высыпания.
- ▶ Монетовидный (нуммулярный) папулезный сифилид представлен округлыми папулами диаметром с 2-х рублевую монету и больше с несколько уплощенной иолушаровидной поверхностью, буроватого, или красного цвета. Возникает в основном при рецидивном сифилисе. При этом отмечаются единичные высыпания, которые обычно группируются.

- ▶ Папулезный сифилид ладоней и подошв отличается своеобразным видом. Папулы сначала почти не возвышаются над уровнем окружающей кожи и имеют вид резко ограниченных красновато-фиолетовых или желтоватых пятен с плотной инфильтрацией в основании. В дальнейшем на поверхности таких элементов образуются плотные, трудно удаляемые чешуйки. Свободной от чешуек остается периферическая часть элемента.

Через некоторое время роговой слой в центральной части папулы растрескивается и папула начинает шелушиться, постепенно образуя «воротничок» Бiettа.

Такие папулы в области ладоней и подошв могут возникнуть при свежем, но гораздо чаще при рецидивном вторичном сифилисе. При этом чем старше сифилис, тем резче выражены асимметрия расположения высыпаний в том числе на ладонях и подошвах, их группировка в кольца, дуги и слияние в крупные бляшки с фестончатыми очертаниями, иногда выраженным шелушением, трещинами, что характерно для позднего рецидивного сифилиса.

Иногда ороговение поверхности папул на ладонях и подошвах достигает значительной степени, образуются мозолеподобные утолщения. Однако они всегда бывают окружены резко ограниченным застойно-красным неярким ободком.

- ▶ Мокнувший папулезный сифилид образуется при локализации лентикулярных папул в местах с повышенной потливостью и постоянно подвергающихся трению (половые органы, анальная область, пахово-бедренные, межъягодичные, подмышечные складки, межпальцевые складки стоп, под молочными железами у женщин и др.). При этом происходят мацерация и отторжение рогового слоя с поверхности папулы, в результате чего возникает правильно округлой формы мокнущая эрозия. В серозном отделяемом эрозивных папул имеется большое количество бледных трепонем. Под влиянием длительного раздражения трением мокнущие папулы могут увеличиваться в размерах и сливаться в бляшки с крупно-фестончатыми краями. Под влиянием длительного раздражения и присоединения вторичной инфекции эрозивная папула может изъязвляться. Резкая отграниченность каждого элемента от окружающей здоровой кожи, приподнятость эрозии над окружающей ее поверхностью и слабовыраженные субъективные ощущения (зуд, жжение) позволяют установить диагноз.

Широкие кондиломы (вегетирующие папулы) возникают из эрозивных папул, расположенных в области больших половых губ и на прилежащей к ним коже, в анальной области, межъягодичных и пахово-бедренных складках, подмышечных впадинах, межпальцевых складках стоп, области пупка, мошонки, пахово-мошоночных складках, у корня полового члена. Эти папулы под влиянием длительного раздражения могут вегетировать, их поверхность становится бугристой, неровной, покрытой серозным или сероватым клейким налетом, содержащим большое число бледных трепонем.

Вегетирующие папулы, или широкие кондиломы, склонны к увеличению и достигают иногда больших размеров. Широкие кондиломы свойственны в основном вторичному рецидивному сифилису и на определенном этапе могут быть единственным проявлением позднего периода болезни.

- ▶ Милиарный папулезный сифилид встречается крайне редко. Преимущественно на коже туловища появляются сгруппированные буровато-красноватые или медно-красные, конические, величиной с маковое или просяное зерно, плотные папулы. Группируясь, высыпания образуют кольца, дуги, бляшки с зубчатыми краями и мелкозернистой поверхностью. Узелки располагаются вокруг устьев сально-волосяных фолликулов. На поверхности отдельных папул имеются чешуйки или роговые шипики. Иногда милиарные папулы настолько бледные и мелкие, что милиарный сифилид может напоминать так называемую гусиную кожу.

Обильный милиарный сифилид свидетельствует о тяжелом течении сифилиса.

► Дифференциальный диагноз.

Лентикулярный сифилид может иметь большое сходство с красным плоским лишаем, парапсориазом и чешуйчатым лишаем. Однако при красном плоском лишае в отличие от папулезного сифилида возникают плоские блестящие, полигональные ливидного цвета, с пупкообразным вдавлением в центре папулы. Из-за неравномерного гранулеза на поверхности папул определяется серовато-белая сеточка (сетка Уикхема). Обычно процесс сопровождается сильным зудом.

Клинически каплевидную форму парапсориаза бывает весьма трудно отличить от сифилитических папул, однако при парапсориазе имеется триада симптомов, свойственная только этому заболеванию: скрытое шелушение, выявляемое при поскабливании высыпаний; симптом «облатки» (Л.Н. Машкиллейсон), т. е. выявляемое поскабливанием шелушение имеет вид коллоидной пленки; и геморрагии вокруг папулы, возникающие при поскабливании последней. Кроме того, высыпания при парапсориазе сопровождаются меньшим инфильтратом по сравнению с сифилитическими узелками и чрезвычайно редко появляются на слизистой оболочке рта.

Чешуйчатый лишай отличается от псориазиформного папулезного сифида наличием характерных для псориаза феноменов стеаринового пятна, псориатической пленки и точечного кровотечения, периферическим ростом и склонностью к слиянию с образованием бляшек, хроническим течением с частыми рецидивами. Кроме того, псориатическим высыпаниям свойствен розовый цвет.

Широкие кондиломы могут иметь сходство с остроконечными кондиломами, а при расположении в области ануса - с геморроидальными узлами.

Остроконечные кондиломы отличаются от широких кондилом дольчатым строением, напоминающим цветную капусту, наличием тонкой ножки. Остроконечные кондиломы имеют мягкую консистенцию, в том числе и в области основания их ножки, различную величину, иногда достигающую размера вишни и более, цвет нормальной кожи или розовато-красный, нередко они легко кровоточат.

В связи с тем что остроконечные кондиломы локализуются в области половых органов и анальной области, их поверхность может быть мацерирована и эрозирована.

Что касается геморроидальных узлов, то в отличие от широких кондилом, которые всем своим основанием расположены на коже, у геморроидального узла хотя бы одна его поверхность покрыта слизистой оболочкой прямой кишки. Кроме того, геморроидальный узел имеет мягкую консистенцию, нередко кровоточит, не имеет плотноэластического инфильтрата. Следует учитывать хронический характер течения геморроя, а также возможность возникновения сифилитических высыпаний на геморроидальных узлах.

Милиарный сифилид имеет сходство с лихеноидным туберкулезом кожи, для которого в отличие от сифилитических папул характерны мягкая консистенция, желтовато-красный цвет, склонность к группировке, образование на поверхности высыпаний нежных чешуек, возникновение процесса преимущественно в детском возрасте, положительные туберкулиновые реакции, отсутствие других признаков сифилиса и отрицательные серологические реакции на сифилис. Все эти признаки позволяют поставить правильный диагноз.

При проведении дифференциальной диагностики папулезного сифилида важнейшее значение имеет серологическое обследование больных на сифилис.

Пустулезный (гнойничковый) сифилид является сравнительно редким проявлением вторичного сифилиса. Его наличие обычно свидетельствует о тяжелом, злокачественном течении болезни. Появление пустулезного сифилида нередко сопровождается лихорадкой и общими явлениями. Он возникает, как правило, у ослабленных, истощенных больных, страдающих алкоголизмом, туберкулезом, наркоманией, гиповитаминозами и др.

- ▶ Различают следующие клинические разновидности пустулезного сифилида: угревидный, оспенновидный, импетигиозный, эктиматозный (эктима сифилитическая), рупиоидный (рупия сифилитическая).

Поверхностные пустулезные сифилиды, такие как угревидный, оспенновидный и импетигиозный, чаще возникают у больных вторичным свежим сифилисом, а глубокие пустулезные сифилиды (эктиматозный и рупиоидный) - преимущественно во время рецидивов заболевания. Пустулезные сифилиды представляют собой обычные сифилитические папулы, инфильтрат которых пропитывается серозно-полинуклеарным экссудатом, распадается, после чего образуется желтовато-коричневого цвета корочка, похожая на пиодермическую. При этом разновидности пустулезных сифилидов обусловлены локализацией, размерами и степенью их распада.

- ▶ Угревидный (акнеиформный) пустулезный сифилид представляет собой резко отграниченные от здоровой кожи фолликулярные папулы, на вершине которых имеется пустула размером 0,2-0,3 см в диаметре конусообразной формы. Гнойный экссудат довольно быстро сохнет в желтовато-буроватую корочку, по отпадении которой выявляются едва заметные вдавленные пигментированные рубчики. Акнеиформный сифилид обычно сочетается с другими проявлениями вторичного периода сифилиса.

► Дифференциальный диагноз.

Дифференцировать угревидный сифилид следует с обыкновенными угрями, папулонекротическим туберкулезом и йодистыми или бромистыми угрями. Обыкновенные угри отличаются от угревидного сифилида острым характером воспаления, болезненностью, наличием выраженной себореи и комедонов, возрастом больных, хроническим течением с частыми рецидивами высыпаний. Папулонекротический туберкулез кожи, локализуясь на разгибательных поверхностях конечностей, протекает длительно, элементы развиваются торпидно, и на месте узелковых высыпаний, которые претерпевают некроз центральной части, остаются «штампованные» рубчики, которых никогда не бывает при сифилисе. В диагностике йодистых и бромистых угрей в отличие от сифилиса имеет значение наличие крупных пустул, островоспалительного венчика по периферии угревидных элементов; отсутствие плотного инфильтрата в основании, быстрое разрешение высыпаний после прекращения приема препаратов йода или брома.

▶ Оспенновидный пустулезный сифилид представляет собой полушарообразные пустулы величиной с чечевицу или горошину, окруженные резко отграниченным инфильтратом медно-красного цвета с пупкообразным вдавлением в центре. Спустя 5-7 дней содержимое пустулы ссыхается в корку, располагающуюся на инфильтрированном основании, и в таком виде элемент держится долгое время. После отторжения корки остаются пигментация бурого цвета и нередко рубец. Оспенновидный сифилид может появляться в любых количествах, но чаще до 15-20 элементов возникают обычно на сгибаемых поверхностях конечностей, туловище, лице.

▶ **Дифференциальный диагноз.**

Оспенновидный сифилид следует отличать от натуральной и ветряной оспы. Острое начало с высокой температурой тела, тяжелым общим состоянием больного, отсутствие в основании пустул плотного инфильтрата, появление высыпаний вначале на лице, отрицательные серологические реакции позволяют отвергнуть диагноз оспенновидного сифилида.

▶ Импетигиозный пустулезный сифилит начинается с образования на коже лица, сгибательной поверхности верхних конечностей, груди, спине папул темно-красного цвета плотной консистенции величиной чаще до 1 см в диаметре, реже - больше. Через несколько дней в верхней части папул формируются тонкостенные пустулы, которые быстро ссыхаются, образуя массивные возвышающиеся, слоистые корки желтовато-коричневого цвета, окруженные темно-красным инфильтрированным венчиком. При насильственном удалении корок обнажается темно-красная, легко кровоточащая язва.

▶ **Дифференциальный диагноз.**

Вульгарное импетиго отличается от сифилитического острым началом, быстрым распространением, образованием сначала фликтена без уплотнения в основании, наличием золотистых или грязно-серых корок, при снятии которых обнажается гладкая влажная ярко-красная эрозивная поверхность, «отсево» по периферии и слиянием высыпаний в большие очаги неправильных очертаний. В основном болеют дети.

- ▶ Эктиматозный пустулезный сифилид является тяжелой злокачественной формой пустулезного сифилида и возникает обычно через 5-6 мес. после заражения. Важной особенностью эктимы является склонность элемента к распаду как вглубь, так и вширь. Возникает отграниченный темно-красный инфильтрат, в центре которого быстро образуется пустула, засыхающая в плотную, как бы вдавленную, серовато-бурую, почти черную корку, окруженную инфильтратом медно-красного цвета. Эктима постепенно увеличивается за счет периферического роста, достигая размеров 5-рублевой монеты и более. После удаления корки обнажается более или менее глубокая язва с отвесными краями и гладким дном, покрытым желтовато-серыми некротическими массами с гнойным отделяемым. Язва окружена плотным резко отграниченным, темно-красного цвета инфильтрированным валиком. После заживления эктимы остается пигментированный рубец.

Одновременно возникают 6-10 элементов, чаще на передней поверхности голеней, реже на лице и туловище.

- ▶ **Дифференциальный диагноз.**

Вульгарная эктима отличается от сифилитической наличием в начале заболевания стрептококковой пустулы с островоспалительной реакцией кожи вокруг и отсутствием инфильтрации в основании пустулы и около нее.

- ▶ Рупиоидный пустулезный сифилид представляет собой разновидность тяжело протекающих эктим с резко выраженной тенденцией к распространению как в глубину, так и по периферии, вследствие чего образуется массивная, слоистая, конусообразная, сначала грязно-коричневая, затем буро-черная корка размером до 5 см в диаметре и до 2 см в высоту, похожая на устричную раковину. При удалении корки обнажается глубокая болезненная язва с инфильтрированными и круто обрезанными краями, грязно-красноватым отделяемым. В развившейся рупии можно наблюдать три зоны: в центре - рупиоидная корка; по периферии, на границе со здоровой кожей - валик папулезного инфильтрата фиолетово-красного цвета; между ними - кольцевидная зона изъязвления. После заживления язвы остается глубокий пигментированный рубец.

Сифилитическая рупия возникает преимущественно на 2-3-м году заболевания в единственном числе, как правило, на туловище или разгибательных поверхностях конечностей и нередко сочетается с другими сифилидами

- ▶ Сифилитическая лейкодерма (пигментный сифилид) возникает на 4-6-м месяце заболевания, реже во второй половине первого года болезни. Лейкодерма обычно является симптомом вторичного рецидивного сифилиса. Она возникает преимущественно на коже задней и боковых поверхностей шеи (ожерелье Венеры), реже - на передней стенке подмышечных впадин, в верхней части груди, на спине, животе, конечностях, в области поясницы, несколько чаще у женщин, нередко сочетаясь с сифилитической плешивостью и другими проявлениями вторичного периода сифилиса.

В очагах поражения на фоне несколько гиперпигментированной кожи выявляются беловатые округлые пятна величиной от 0,5 до 1,5 см в диаметре. Количество пятен постепенно увеличивается, контраст между ними и пигментированными участками становится со временем заметнее. Иногда количество пятен столь велико, что они отделяются друг от друга тонкой пигментированной полоской. Лейкодерма лучше заметна при боковом освещении. Сифилитическая лейкодерма не шелушится и не сопровождается субъективными ощущениями. Изменения на коже при лейкодерме имеют наибольшее сходство с грязной кожей. Лейкодерма существует длительно и исчезает через 6-12 мес, а иногда через 2-4 года, даже при достаточном лечении. Нередко лейкодерма сочетается с сифилитической плешивостью. При сифилитической лейкодерме часто выявляются изменения в спинномозговой жидкости, в связи с чем многие авторы полагают, что лейкодерма является результатом глубоких нервно-трофических нарушений в организме.

▶ Дифференциальный диагноз.

Сифилитическую лейкодерму следует отличать от витилиго и вторичных лейкодерм, в первую очередь обусловленных отрубевидным лишаем. Витилиго отличается от сифилитической лейкодермы полным отсутствием пигмента в очагах поражения, более крупным размером очагов депигментации, имеющих склонность к периферическому росту и слиянию. Вторичная лейкодерма, возникающая на месте отрубевидного лишая, в отличие от сифилитической характеризуется различными формой и величиной депигментированных пятен, склонностью их к слиянию с образованием очагов, имеющих фестончатые очертания, наличием слегка шелушащихся цвета кофе с молоком элементов вблизи участков депигментации, легко выявляемых путем смазывания их йодной настойкой.

- ▶ Сифилитическая алопеция характерна для вторичного рецидивного сифилиса, хотя иногда может возникнуть и при вторичном свежем сифилисе.

Различают три разновидности сифилитической алопеции: мелкоочаговую (*alopescia syphilitica areolaris*), диффузную (*alopescia syphilitica diffusa*) и смешанную (*alopescia syphilitica mixta*). Волосы при сифилитической алопеции выпадают в результате нарушения питания, обусловленного васкулитом и периваскулярной инфильтрацией.

У мужчин сифилитическая алопеция встречается чаще, чем у женщин. Сифилитическое облысение возникает и быстро прогрессирует, не сопровождаясь ощущениями.

При мелкоочаговой алопеции на волосистой части головы, особенно в области висков и затылка, реже бороды, бровей и ресниц, имеется большое число мелких, диаметром 1-2 см и меньше очагов облысения. Они имеют округлые очертания и обычно не сливаются между собой. В очагах поражения выпадают не все волосы, поэтому волосистая часть головы приобретает сходство с мехом, изъеденным молью. Выпадение волос в форме мелких очагов в области бровей называют «омнибусным» (Fournier) или «трамвайным» (П.С. Григорьев) сифилидом из-за возможности поставить диагноз сифилиса даже в транспорте). При поражении ресниц вследствие частичного их выпадения и последовательного отрастания ресницы имеют разную длину. Такие ресницы называют ступенчатообразными (признак Пинкуса).

- ▶ Диффузная алопеция характеризуется остро возникающим общим поредением волос без изменения кожи, напоминая диффузное поредение волос после перенесенных тяжелых острых инфекций. Диагноз этой разновидности алопеции основывается на наличии других проявлениях вторичного сифилиса и положительных серологических реакций на сифилис.
- ▶ Смешанная алопеция представляет собой сочетание мелкоочаговой и диффузной алопеции. Сифилитическое облысение без противосифилитического лечения может существовать длительное время, после чего волосы полностью отрастают в течение нескольких месяцев. Противосифилитическое лечение через 10-15 дней прекращает выпадение волос, которые полностью отрастают через 1,5-2 мес. В связи с тем что в очагах алопеции имеется бледная трепонема, СТ. Павлов (1969) полагал, что мелкоочаговая алопеция возникает в результате ее прямого воздействия на волосяной фолликул и развития вокруг него воспаления, временно нарушающего питание волоса, а диффузное облысение возникает в результате интоксикации или вследствие поражения трепонемой нервной и эндокринной систем, регулирующих функцию волосяного фолликула.

▶ Дифференциальный диагноз.

Сифилитическая алопеция имеет некоторое сходство с гнездной алопецией и поверхностной трихофитией волосистой части головы. Однако при гнездной алопеции возникают значительно более крупные, чем при сифилисе, единичные очаги облысения, резко ограниченные с блестящей гладкой поверхностью и полным отсутствием волос на них, а также зоной расшатанных волос по периферии. При поверхностной трихофитии волосистой части головы в отличие от мелкоочаговой сифилитической алопеции в очагах поражения имеется шелушение, в этих очагах волосы не выпадают, а обламываются. В пораженных волосах обнаруживаются споры грибка.

Дифференциальный диагноз диффузного сифилитического облысения с преждевременным выпадением волос, себорейным облысением, выпадением волос после острых инфекционных заболеваний основывается на анамнестических данных и результатах серологического обследования больных на сифилис.

- ▶ Поражения слизистых оболочек рта и гортани часто отмечаются при вторичном сифилисе, причем при вторичном рецидивном сифилисе высыпания на слизистых оболочках могут быть единственным клиническим проявлением болезни. Почти у половины больных с явлениями вторичного сифилиса наблюдаются поражения слизистой оболочки рта в виде розеолезных и папулезных элементов. Пустулезные высыпания на слизистой оболочке рта возникают крайне редко, так же редко отмечаются папулезные высыпания на конъюнктиве, шейке матки, во влагалище. Сифилиды на слизистой оболочке рта имеют важное эпидемиологическое значение в связи с высокой контагиозностью, так как содержат большое количество бледных трепонем. Кроме того, они часто почти не вызывают никаких ощущений, просматриваются больными и служат нередко источником прямого или непрямого контактного заражения.

▶ Пятнистый сифилид (розеола) возникает симметрично на дужках, мягком небе, язычке и миндалинах. Особенностью розеолезных высыпаний в этой области является способность их сливаться в сплошные очаги поражения (сифилитическая эритематозная ангина). Пораженная область имеет застойно-красный цвет, иногда с медным оттенком, гладкую поверхность, резкие очертания. Слизистая оболочка в этой области слегка отечна. Больные ощущают неловкость при глотании, нередко небольшую болезненность, но эти неприятные ощущения могут и отсутствовать. Разрешение эритематозной ангины начинается с центральной части.

При вторичном свежем сифилисе пятнистый сифилид во рту сочетается с розеолезными и папулезными высыпаниями на коже, специфическим полиаденитом, регионарным лимфаденитом. При вторичном рецидивном сифилисе пятнистый сифилид обычно сочетается с пятнисто-папулезными высыпаниями на коже.

- ▶ Гистологически при эритематозной ангине определяется незначительный воспалительный периваскулярный инфильтрат в сосочковом слое, состоящий из лимфоцитов, плазматических клеток и гистиоцитов. Сосуды расширены, отмечается гиперплазия эндотелия.
- ▶ Эритематозную сифилитическую ангину следует дифференцировать от обычной катаральной ангины, лекарственных высыпаний (токсидермия), «горла курильщика». При катаральной ангине отмечаются боли, повышение температуры тела, отечность миндалин, ярко-красный цвет эритемы. Лекарственные высыпания на слизистой оболочке рта отличаются от пятнистого сифилида обширностью поражения, которое обычно захватывает не только дужки и миндалины, но и щеки, язык и др. При этом обычно на гиперемизированной отечной слизистой оболочке рта возникают пузыри, быстро превращающиеся в болезненные эрозии; кроме того, лекарственные высыпания на слизистой оболочке сопровождаются жжением. После прекращения приема вызвавшего их лекарственного средства эти высыпания быстро исчезают. В отличие от сифилиса при «горле курильщика» пораженная слизистая оболочка неба, язычка, дужек, задней стенки глотки имеет застойный оттенок окраски с нерезкими очертаниями, на фоне которого видны расширенные сосуды. Правильной постановке диагноза помогают наличие сифилитических высыпаний на коже, анамнез и положительные серологические реакции на сифилис.

- ▶ Наиболее частым проявлением вторичного сифилиса на слизистых оболочках являются папулезные высыпания. Они составляют примерно 50% всех проявлений вторичного сифилиса у мужчин и до 75% у женщин. Папулы на слизистой оболочке рта могут возникать в любом месте, но чаще они появляются на миндалинах, дужках, мягком небе, где папулы могут сливаться в сплошные очаги поражения (папулезная ангина). Папулы нередко возникают на языке, слизистой оболочке щек, особенно по линии смыкания зубов, деснах. Вид папул зависит от длительности их существования.
- ▶ Сначала папула представляет собой безболезненный, резко отграниченный от нормальной окружающей ее слизистой оболочки, в большей или меньшей степени возвышающийся очаг округлой или овальной формы, темно-красного цвета, иногда с небольшой синюшностью, размером чаще до 1 см в диаметре, с гладкой ровной поверхностью и небольшим плотноватым инфильтратом в основании. Спустя 2-3 дня образующийся в результате воспаления экссудат пропитывает покрывающий папулу эпителий, и она приобретает типичный серовато-бледный цвет с узким воспалительным венчиком по периферии, который резко отграничен от окружающей нормальной слизистой оболочки. Папула может почти не выступать над окружающей слизистой оболочкой («опаловые бляшки»).

- ▶ Если папула существует более 7-8 дней, то при поскабливании шпателем налет, покрывающий папулу, удаляется, после чего обнажается мясо-красного цвета эрозия, в отделяемом которой легко обнаруживаются бледные трепонемы. Спустя 1-3 нед. после появления папул их поверхность эрозируется. Это происходит из-за травматизации папул пищевым комком, зубами, табачным дымом, пряной пищей, алкоголем, в результате чего мацерированный эпителий на поверхности папул отторгается, обнажая эрозию. Эрозивные папулы слегка болезненны и, естественно, чрезвычайно заразны. Иногда папулы на слизистой оболочке могут изъязвляться. Такие изъязвления обычно начинаются с маленьких незначительных поверхностных язвочек, которые превращаются затем в крупные язвы, покрытые желтовато-серым налетом или гноем. Если присоединяется вторичная инфекция, то появляется значительная болезненность и расширяется зона гиперемии вокруг изъязвления.
- ▶ Гистологически сифилитическая папула представляет собой воспалительный инфильтрат, состоящий преимущественно из плазматических клеток, а также лимфоцитов и гистиоцитов, располагающийся диффузно под эпителием, захватывая весь сосочковый слой. Сосуды расширены, эндотелий их гиперплазирован.

▶

▶ Чаще на слизистой оболочке образуется несколько папул, при этом отмечается ложный полиморфизм высыпаний, так как папулы обычно находятся на различных стадиях развития. Папулезные элементы во рту вначале располагаются фокусно, но вследствие постоянного раздражения склонны к периферическому разрастанию и сливаются в бляшки, возвышающиеся над слизистой оболочкой.

▶ Болевые ощущения могут возникать при эрозировании папул, особенно локализующихся в углу рта (сифилитическая заеда). При длительном существовании папулы, подвергающиеся травматизации, иногда не только разрастаются по периферии, но и гипертрофируются. Это чаще происходит при расположении их в углу рта, в переходных складках, на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, на боковой поверхности языка. Такая папула имеет более выраженный инфильтрат, эпителий над ней утолщен. Поверхность гипертрофических папул имеет интенсивный серый или грязно-желтый, а иногда и совершенно белый цвет. Гипертрофическая папула имеет неровную, зернистую или прорезанную трещинами поверхность. Такие папулы часто эрозируются или изъязвляются, кровоточат и покрываются желтовато-серым налетом.

- ▶ Различное анатомическое строение органов полости рта обуславливает отличие сифилидов, расположенных на спинке языка, от сифилидов, расположенных на остальных участках слизистой оболочки рта. В одних случаях нитевидные сосочки языка в области папул бывают четко выражены, и тогда папула выступает над уровнем окружающей слизистой оболочки в виде неровных серых очагов. Однако чаще в области высыпаний сосочки отсутствуют. В этом случае папулы имеют как бы отполированную гладкую блестящую поверхность, розовато-синюшный цвет, неправильные или овальные очертания. Такие папулы расположены среди нормальной или слегка обложенной слизистой оболочки языка и создают впечатление, что пораженные участки располагаются чуть ниже уровня окружающей слизистой оболочки («лоснящиеся» папулы, бляшки «скошенного луга», «alopescia языка»).
- ▶ Достаточно демонстративным является папулезное поражение спинки языка у лиц со складчатым глосситом. В связи с тем что папулы на языке у таких лиц располагаются преимущественно в области гребней имеющих складок, борозды языка значительно углубляются, края их уплотняются, и они могут приобретать характер V-образных глубоких складок, воспринимаемых как глубокие трещины.

- ▶ Наиболее частым местом локализации сифилитических папул во рту при вторичном рецидивном сифилисе являются миндалины, поражение которых принято называть папулезной сифилитической ангиной. Картина поражения при этом весьма разнообразна и зависит от локализации высыпаний, вида сыпи и интенсивности поражения. Папулы могут располагаться прямо в устьях лакун в виде беловатых наложений, симулируя неспецифическую ангину. Однако в большинстве случаев эти мелкие папулы сливаются между собой в большие очаги, покрывающие свободную поверхность миндалин и нередко переходящие на дужки и окружающую слизистую оболочку (мягкое небо, боковые столбы глотки, ретромолярное пространство). Именно локализация слившихся папул на дужках отличает сифилитическую папулезную ангину от лакунарной. При этом чаще всего папулы появляются по краю передних дужек и распространяются затем на миндалины, а кверху дугообразно переходят на мягкое небо и нередко доходят до твердого неба.

Папулы могут располагаться в складке между передней небной дужкой и миндалиной или только на задней поверхности небной занавески, в этих случаях папулы могут быть обнаружены с помощью носоглоточного зеркала при задней риноскопии или оттягивании передней дужки шпателем. Папулезная сифилитическая ангина при слиянии папул и их распространении на мягкое небо и язычок, дужки, особенно у больных хроническим тонзиллитом, может напоминать дифтерию, особенно если окружающая слизистая оболочка становится гиеремированной и отечной. Однако отсутствие сильных болевых ощущений, явлений токсикоза, возможность удаления серовато-белых мацерированных участков поражения, а также лабораторные исследования, выявляющие бледные трепонемы или палочки Леффлера, позволяют поставить правильный диагноз.

Папулезную сифилитическую ангину следует дифференцировать от язвенно-некротической ангины Плаута-Венсана. Однако при последней обычно процесс односторонний, возникают болезненные язвы, покрытые некротическими массами, имеющими грязно-серый цвет, сопровождающиеся увеличением пораженной миндалины и регионарным лимфаденитом. Процесс сопровождается лихорадкой. В отделяемом легко обнаруживаются возбудители заболевания. От некротической ангины при различных заболеваниях крови, в первую очередь мононуклеоза, сифилитическая папулезная ангина отличается отсутствием гипертрофии лимфоидной ткани, особенно глоточного кольца, изменений формулы крови, перемежающейся лихорадки, наличием бледных трепонем в отделяемом с поверхности папулезных элементов.

- ▶ При вторичном сифилисе, особенно рецидивном, наблюдается поражение гортани, основным симптомом которого является длительная почти безболезненная охриплость, достигающая до афонии (рауседо), которая не сопровождается общими простудными явлениями (температура тела, кашель, насморк и др). У большинства больных имеет место катаральная форма поражения гортани, редко - папулезная.
- ▶ Катаральный сифилитический ларингит характеризуется равномерной застойной гиперемией с буро-красным оттенком слизистой оболочки всех доступных для осмотра отделов гортани (надгортанника, истинных и ложных голосовых складок, черпаловидных хрящей, черпалонадгортанных складок), иногда видна гиперемия подсвязочного пространства. Истинные и ложные голосовые складки несколько утолщены, не полностью смыкаются при фонации, оставляя щель. Иногда на истинных голосовых складках и в межчерпаловидном пространстве имеется небольшое количество слизи, в то время как при остром неспецифическом ларингите отмечаются более яркая неравномерная гиперемия преимущественно в области истинных и ложных голосовых складок и подсвязочного пространства и большое количество слизи, что вызывает кашель. Из-за неполного смыкания складок возникают охриплость или даже афония. Такое поражение гортани следует считать проявлением пятнистого сифилида.

- ▶ Следует отметить, что катаральный сифилитический ларингит не имеет достоверных клинических признаков сифилиса. Однако появление этих изменений у больного вторичным свежим и рецидивным сифилисом, хороший эффект от противосифилитического лечения, всегда положительные серологические реакции крови на сифилис, отсутствие сопутствующих воспалительных явлений позволяют сделать заключение о специфическом характере процесса в гортани. Следует отметить, что катаральный сифилитический ларингит, сопровождающийся охриплостью, по поводу которого больных безуспешно лечат отоларингологи и терапевты, может быть первым симптомом вторичного свежего сифилиса.
- ▶ При папулезном сифилитическом ларингите на слизистой оболочке преимущественно свободного края надгортанника, его гортанной поверхности, черпалонадгортанных складках, в межчерпаловидном пространстве возникают папулы в виде плоских серовато-белого цвета, овальных или круглых, слегка возвышающихся образований, размером от 3 до 7 мм в диаметре.

- ▶ В отличие от папул на слизистой оболочке рта папулы гортани обычно единичные, имеют очень легкий сероватый оттенок, не склонны к эрозированию и изъязвлению. Папулы крайне редко возникают на истинных и ложных голосовых складках, однако излюбленным местом локализации папул, преимущественно у курильщиков, является межчериаловидная складка. В связи с тем что папулезные высыпания обычно возникают на фоне катарального сифилитического ларингита, процесс всегда сопровождается охриплостью. Следует отметить, что папулезный сифилитический ларингит на определенном этапе течения коричневого сифилиса может быть единственным проявлением рецидива заболевания.
- ▶ В процессе противосифилитического лечения, как правило, охриплость постепенно уменьшается и голос восстанавливается в течение 1-1,5 мес, иногда и быстрее. Целесообразно таким больным назначать щадящие голосовой режим и диету, теплые полоскания, исключить курение и возможность охлаждения. В редких случаях, особенно у курильщиков и при наличии сопутствующего субатрофического и атрофического фаринголарингита, охриплость, несмотря на лечение, может быть длительной.

▶ Гистопатология.

Обнаруживают околосоудистую инфильтрацию (разной степени выраженности), состоящую из плазматических, лимфоидных, эпителиоидных и единичных гигантских клеток.

▶ Дифференциальный диагноз.

Разнообразие проявлений вторичного сифилиса слизистой оболочки рта и гортани создает иногда большие диагностические трудности. Едва ли существует какая-либо клиническая картина заболеваний слизистой оболочки рта, которая не воспроизводилась бы в процессе эволюции сифилитических высыпаний. Следует отметить, что окончательный диагноз вторичного сифилиса у больного с сифилитическими проявлениями на слизистой оболочке может быть поставлен только после нахождения на поверхности высыпаний бледных трепонем или получения положительного результата серологических реакций на сифилис. Важное значение в диагностике высыпаний на слизистой оболочке рта имеет одновременное существование, хотя и необязательное, других клинических проявлений вторичного сифилиса на коже.

Сифилитические папулы на слизистой оболочке могут весьма напоминать лейкоплакию, папулы красного плоского лишая, очаги красной волчанки, поверхность которых вследствие ороговения также имеет серовато-белый цвет. Однако если белесоватый налет с поверхности сифилитической папулы довольно легко снимается при поскабливании, то при лейкоплакии, красном плоском лишае, красной волчанке его удалить не удастся. Кроме того, бляшки плоской лейкоплакии, которые имеют наибольшее (из трех указанных заболеваний) сходство с сифилитической папулой, крупнее, не всегда округлой формы, не инфильтрированы, поверхность их сухая, отсутствует воспалительный венчик по краю очага, течение их более длительное - хроническое, они обычно не локализуются на мягком небе и миндалинах. Папулы при красном плоском лишае имеют серовато-белый цвет, сливаются между собой, образуя характерное для данного заболевания сетчатое поражение, которое не свойственно сифилису.

- ▶ При красной волчанке ороговение представляет собой тесно прилегающие друг к другу полоски и точки (частокол), оно формируется на фоне яркой эритемы и сопровождается атрофией, что не отмечается при сифилисе. Кроме того, красная волчанка никогда изолированно не поражает слизистую оболочку.
- ▶ При этом всегда имеются типичные очаги красной волчанки на коже или красной кайме губ. Кандидоз слизистой оболочки рта (молочница) отличается от сифилитических папул тем, что после удаления с очагов поражения серовато-белого налета обнажается красная бархатистая, а не эрозированная поверхность; при микроскопии в налете при кандидозе обнаруживается большое количество дрожжевых клеток. Эрозированные сифилитические папулы следует отличать от многоформной экссудативной эритемы, буллезного пемфигоида, истинной пузырчатки, простого пузырькового лишая. При этих процессах в основании эрозии отсутствует инфильтрация, свойственная сифилитической папуле, высыпания часто сопровождаются тяжелыми субъективными ощущениями.
- ▶

- ▶ При наличии гиперемии вокруг эрозий (многоформная экссудативная эритема, герпес) она имеет ярко-красную окраску и расплывчатые очертания. Эрозии, образующиеся при пузырьковом лишае, имеют микрополициклическую форму. В отличие от сифилиса при многоформной экссудативной эритеме, буллезном пемфигоиде и пузырьчатке по краю эрозии часто можно видеть обрывки эпителия - остатки покрышки пузыря. Кроме того, при пузырьчатке определяются положительный симптом Никольского и акантолитические клетки в мазках-отпечатках с поверхности эрозий, а при многоформной экссудативной эритеме и буллезном пемфигоиде можно видеть пузыри, предшествующие эрозиям, чего никогда не бывает при сифилисе.
- ▶ Сифилитические папулы могут иметь большое сходство с афтами. Однако острое начало, резкая болезненность, яркая кайма гиперемии вокруг участка некроза, отсутствие инфильтрации, некоторая отечность окружающих тканей, кратковременное существование, частые рецидивы клинически отличают афту от сифилитической папулы.
- ▶ «Лоснящиеся» папулы языка (бляшки «скошенного луга») могут весьма напоминать проявления десквамативного глоссита. Однако ярко-красный цвет участков десквамации, белая кайма по их периферии, фестончатые очертания, отсутствие уплотнения в основании, частая миграция высыпаний, хроническое течение заболевания отличают «географический» язык от сифилитического поражения.

- ▶ Поражения внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата у больных вторичным сифилисом наблюдаются систематически, особенно в период спирохетемии. Однако эти изменения бывают не органическими, а функциональными, быстро проходящими. Клинически выраженные симптомы выявляются преимущественно при поражении печени, почек, желудка, сердечно-сосудистой системы, периоста и костной ткани.
- ▶ Поражение печени возникает в начале вторичного свежего сифилиса как проявление сифилитической септицемии и клинически несколько напоминает сывороточный гепатит, но с меньшей выраженностью диспепсических расстройств и иктеричного окрашивания. Печень увеличена и болезненна. В крови повышено содержание билирубина, в моче - количество желчных пигментов. Функции печени (антитоксическая, пигментная, углеводная и др.) нарушены. Нередко увеличивается также и *селезенка*. Течение доброкачественное, быстро разрешающееся. В те же сроки, что и поражения печени, у больных можно контролировать симптомы поражения *почек*. К ним относят доброкачественную протеинурию (белок в моче до 0,1-3,0%) и трансцендентальный липоидный нефроз.

Весьма редко наблюдается специфический *гастрит*, проявляющийся временными симптомами в виде тошноты, отрыжки, потерей аппетита, желудочно-кишечной дискинезией. Изменения *нервной системы* выражаются в нарушении сна, повышенной раздражительности, невротических реакциях. У части больных возможны проявления скрытого (латентного) сифилитического менингита или подострого базального менингита с доброкачественным разрешением после начала лечения. Одно из наиболее частых поражений *опорно-двигательного аппарата* в конце первичного и начале вторичного сифилиса - боли в костях, усиливающиеся в ночное время. Более выраженными они бывают в длинных трубчатых костях нижних конечностей и называются *dolores osteosopri nocturni*, они не сопровождаются деформациями костной ткани. Иногда при вторичном сифилисе возможны периоститы и остеопериоститы, также проявляющиеся ночными болями. Их преимущественная локализация - большие берцовые кости и лобная кость черепа. Специфическое лечение приводит к быстрым разрешениям всех поражений периоста и костной ткани. Среди других, более редких поражений внутренних органов отмечают сухой плеврит, отит и ретинит.

▶ Обезглавленный сифилис (сифилис без шанкра - *syphilis d'emblee*).

Появление вторичных сифилидов без предшествующего (твердого) шанкра наблюдается при внедрении бледных трепонем в организм, минуя кожный или слизистый барьеры. Это происходит, если заражение становится возможным в результате глубоких порезов, уколов, при переливании крови (трансфузионный сифилис), что практически встречается очень редко. В подобных случаях вторичные сифилиды выявляются в форме генерализованных высыпаний. Они возникают в сроки, характерные для вторичного периода, обычно через 2-3 мес. после заражения, с предшествующими продромальными явлениями (головные боли, боли в костях, суставах, лихорадка) и частым поражением слизистых оболочек полости рта.