

Вторичный период сифилиса

А.Ю.Родин

- Вторичный период сифилиса начинается с появления первых генерализованных высыпаний на коже и слизистых оболочках, в среднем через 4-8 недель после появления твёрдого шанкра или через 2-3 месяца после заражения и продолжающийся 3-5, иногда до 10 лет.

- Клинические проявления в виде высыпных элементов называются сифидами.
- Среди разнообразных проявлений, свойственных вторичному периоду, основное место по частоте занимают сифилитические поражения кожи и слизистых оболочек, далее идут поражения опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, нервной и эндокринной систем, органов чувств.

- Поражения обусловлены тем, что размножающиеся в результате гематогенной диссеминации спирохеты проникают в ткани, где в ответ на их внедрение развиваются местные воспалительные изменения, клинически проявляющиеся в виде сыпи.

- Спустя 2-2,5 месяца после появления первых высыпаний (этот период называется **вторичный свежий сифилис**), высыпания исчезают (**вторичный скрытый сифилис**).
- Исчезновение высыпаний связано с массовой гибелью спирохет в результате иммунного ответа организма.

- Через некоторое время, (продолжительность скрытого периода зависит от сопротивляемости организма, сопутствующих болезней, травм, стрессов и т. д.) в среднем через 1- 5месяцев, происходит бурное размножение спирохет, инфильтрация тканей и появление новых высыпаний.
- Этот период называется **вторичным рецидивным сифилисом.**

- Примерно через 2-3 месяца сыпь вновь исчезает, начинается вторичный скрытый сифилис, затем опять рецидив и т. д.

Клиника

- Все вторичные сифилиды делятся на три группы:
 - 1. - пятнистые (макулёзные)
 - 2. - папулёзные (узелковые)
 - 3. - пустулёзные (гнойничковые)

1. Пятнистые сифилиды.

- Одно из наиболее частых и ранних вторичных сифилидов, проявляющихся в виде сосудистого пятна (розеола).
- Розеола - воспалительный бледно-розовый пятно диаметром до 1 см (как правило, до размеров ногтевой пластинки мизинца, реже больше), с нечёткими округлыми очертаниями.

- При надавливании (**диаскопия**) розеола быстро исчезает, но затем появляется **вновь**.
- Высыпания розеолы происходит постепенно, по 10-12 элементов в день с максимумом через 10 дней.

- На слизистых оболочках эритематозный сифилид выглядит в виде отчётливых синевато-красных пятен, нередко сливающихся между собой, не возвышаются над уровнем слизистой и имеют неизменённую консистенцию.

- При плохо различимой розеоле больному можно ввести внутривенно 3-5 мл 1% раствора никотиновой кислоты, после чего розеола становится более явной (проба Торсуева).

- У больных вторичным (особенно свежим сифилисом) после первых инъекций пенициллина обычно возникает реакция обострения (реакция Герксгеймера), сопровождающаяся лихорадкой в течении нескольких часов, интоксикацией, усилением воспаления в элементах сыпи (поэтому сыпь становится ярче).
- Температурная реакция связана с массовой гибелью спирохет под действием антибиотиков и действием на организм продуктов их распада.

2. Папулёзные сифилиды.

- Также наиболее частое проявление вторичного периода, особенно при рецидивной форме.
- Различают крупно-папулёзный (лентикулярный) и мелко-папулёзный (милиарный) сифилид.

Лентикулярный сифилид

- - самая частая разновидность сифилитических папул, которые имеют плотноэластическую консистенцию, полушаровидную форму, величину от чечевицы до горошины (диаметр 3-5 мм), не склонных к периферическому росту или слиянию, медно-красного цвета.
- Поверхность папулы блестящая, как бы полированная.



- В дальнейшем она покрывается чешуйками, которые, отслаиваясь, образуют по краям бахрому - "воротничок Биетта".
- Субъективные ощущения не характерны, но давление на центр узелка тупым зондом вызывает резкую болезненность (положительный симптом Ядассона).



- Возникая волнами, папулы существуют в течение 1-2 месяцев, постепенно рассасываются, оставляя после себя пигментацию.
- Локализуются папулы на ладонях и подошвах, в складках, на гениталиях, на туловище.

Милиарный папулёзный сифилид

- - второй вид папулёзной сыпи встречается редко и имеет размер до булавочной головки и коническую форму.

Локализуется чаще на коже туловища, может напоминать "гусиную кожу".

Подобный вид папул встречается у ослабленных больных и свидетельствует о тяжелом течении сифилитической инфекции.

3. Пустулёзные сифилиды

- встречаются значительно реже и свидетельствуют о тяжёлом, иногда злокачественном течении.

Наблюдаются у больных туберкулёзом, ВИЧ-инфекцией, алкоголизмом, при онкопатологии, наркомании, гиповитаминозе и т. д.

Появление пустулёзной сыпи нередко сопровождается лихорадкой, нарушением общего состояния.

- Механизм формирования пустулёзных элементов до конца не выяснен, но **это не присоединение вторичной инфекции**, а скорее, своеобразный анафилактический инфекционно-аллергический распад папулёзных инфильтратов.



клинические разновидности:

1. Угревидный или мелкопустулёзный.
2. Оспенovidный и крупнопустулёзный
3. Импетигоподобный.
4. Сифилитическая эктима
5. Сифилитическая рупия.



Пигментные нарушения при сифилисе

- **Сифилитическая лейкодерма** чаще характерна для рецидивного периода сифилиса.

Её отличает длительность существования, иногда до несколько лет.

Полагают, что её развитие связано с поражением нервной системы и, как следствие, трофическими расстройствами в виде нарушения пигментообразования.

- **Возникает на 4-6 месяце заболевания.
Локализация, как правило, на коже шеи,
верхней части груди.**

**Сначала появляются гиперпигментации
бледно-желтого цвета.**

- В дальнейшем на этом фоне - депигментированные пятна до 1-2 см, лучше заметные при боковом освещении.

Лейкодерма не шелушится и не вызывает субъективных ощущений.

Если де- и -гиперпигментированные пятна локализируются на шее - "ожерелье Венеры".

-

Сифилитическое облысение

- Обычно является признаком вторичного рецидивного периода, поскольку развивается во втором полугодии болезни.

Волосы при сифилитической алопеции выпадают, по-видимому, в результате нарушения их питания, обусловленного формированием специфического васкулита и периваскулярной инфильтрации.

У мужчин алопеция встречается чаще.

- **Клинические разновидности:**
 - 1. мелкоочаговая**
 - 2. диффузная алопеция**
 - 3. смешанная форма.**

Поражение слизистых оболочек при вторичном сифилисе

- **Высыпания на слизистых отличаются высокой степенью контагиозности и сравнительно медленным регрессом. Розеолезные элементы на слизистых оболочках полости рта и половых органов отличаются резкими границами, синюшно-красным цветом.**

- Папулёзные элементы выступают над уровнем слизистой, имеют плотную консистенцию и чёткие границы.

Чаще всего они обнаруживаются на миндалинах, твёрдом и мягком нёбе, по краю языка.

- При вторичном сифилисе может поражаться гортань (в катаральной, реже папулёзной форме), основным симптомом которого является длительная, почти безболезненная охриплость голоса, доходящая до афонии и которая не сопровождается общими простудными явлениями (температура, кашель, насморк и т.д.).

Поражение костей и внутренних органов

- Во вторичном периоде сифилиса поражение костей встречается относительно часто.

Однако их диагностика вследствие быстрого обратного развития под влиянием противосифилитического лечения, а также отсутствия склонности инфильтратов к обызвествлению на ранних стадиях, делает невозможным их рентгенологическое выявление.

- Больные жалуются на боли в костях, чаще в ночное время, а клинически можно определить тестоватые болезненные припухлости.

При вторичном рецидивном сифилисе диффузные периоститы уже можно обнаружить рентгенологически, так как инфильтрат при этом пропитывается известковыми солями, т. е. происходит остеосклероз.

- Сифилитическое **поражение печени** - это наиболее серьёзное поражение с увеличением печени, повышением температуры, нарушением общего состояния, диспепсией, желтухой, ахилией кала.

При своевременном лечении процесс разрешается через 2-3 недели.

- Наиболее часто поражается сердечно-сосудистая система в виде хронического миокардита с последующим кардиосклерозом, аортита с возможным развитием аневризмы аорты.

Нередко поражаются почки.

Наблюдается альбуминурия, пиурия, отёки гортани, лёгких.

При этом заболевание хорошо поддаётся противосифилитическому лечению.

- Иногда поражаются **эндокринные железы**: гипертрофия и инфильтрация яичек, поражение щитовидной железы, которое проявляется тахикардией и "необъяснимым" субфебрилитетом.