

CREATION OF THE PROFESSIONAL COMMUNICATIVE COMPETENCE AT THE STUDENTS ON A CYCLE OF DERMATOVENEROLOGY

R.F.Aizyatulov, S.V.Tsentilo, M.E.Barinova, N.V.Yermilova,

Now in Ukraine pay attention to increase efficiency of a learning students in high educational establishments (including medical), in correspondence with requests uniform all-european educational space. The purpose is the improvement of preparation of the future doctors of the system of public health services and unification of the system of educational accordingly Bolonial system. To achieve of the purpose it is possible only for want of for effective communications with the teacher, between the students, with medical staff, with the patients under the direction of the teacher, which inspects learning process and quality of obtained knowledges. The professional communications of the students can help in learning process on a cycle dermatovenerology to promote the best mastering of the knoleges and increase of professionalism of the future doctors of the system of public health services. The importance to form of the professional communicative competence at the students during learning was underlined.

ЛЕКЦІЇ

УДК 616.972-039.35

ВТОРИННИЙ ПЕРІОД СИФІЛІСУ

Р.Ф.Айзятуллов

Донецький національний медичний університет ім.М.Горького

НАВЧАЛЬНІ ТА ВИХОВНІ ЦІЛІ:

Тракувати загальний перебіг та клініку вторинного періоду сифілісу. Пояснювати клінічні різновиди перебігу вторинного періоду сифілісу. Узагальнювати клініку типових і атипових проявів вторинного періоду. Тракувати характерні клінічні особливості вторинного періоду сифілісу. Визначити сучасні особливості клініки і перебігу вторинного періоду сифілісу.

ЗНАТИ: клінічні прояви вторинного періоду сифілісу та особливості сучасного перебігу; діагностичні критерії проявів вторинного сифілісу.

УМІТИ: правильно зібрати анамнез у хворого на вторинний період сифілісу; провести дерматологічні дослідження клінічних прояв; провести лабораторну діагностику (мікроскопічне дослідження, серологічне дослідження крові на сифіліс реакція Вассермана); проводити диференційну діагностику із захворюваннями, які мають подібну клінічну картину.

ЗМІСТ ТЕМИ ЗАНЯТТЯ.

Вторинний період сифілісу (lues secundaria, syphilis secundaria, syphilis II, lues II). Через 2-3 місяці після інфікування або через 6-7 тижнів після появи твердого шанкера, коли настає гематогенна генералізація блідих трепонем, на шкірі і слизових оболонках з'являється висип (сифіліди). Уражаються кістки, м'язи, суглоби, внутрішні органи, кровоносні, лімфатичні судини, органи слуху, зору, нервова і ендокринна системи. Наступає вторинний свіжий сифіліс (syphilis secundaria recens), який в середньому продовжується 2-2,5 міс, після чого висип навіть без лікування спонтанно регресує і хвороба переходить у вторинний прихований сифіліс (syphilis secundaria latens, lues II latens), який може продовжуватися від декількох днів до декількох міс. Повторна поява висипа (повернення хвороби) відбувається через 3-6 міс і настає вторинний рецидивний сифіліс (syphilis secundaria recidiva). Надалі,

рецидиви вторинного сифілісу чергуються з латентними періодами протягом 3-5 років, а іноді і більш. Характерною є хвилеподібний перебіг - зміна активних клінічних проявів прихованими (латентними) періодами (*sypphilis latens*), що обумовлене зміною імунобіологічних реакцій і появою відповідних реакцій інфекційної алергії.

Особливості перебігу вторинного періоду сифілісу: Доброякісний перебіг - безслідний регрес елементів навіть за відсутності лікування у середньому через 2-3 місяці. Рідше, після виразки пустульозних елементів залишаються рубці. При специфічному лікуванні відбувається швидке зникнення сифілітичних висипань (застосовується в практиці як діагностичний прийом - "пробне лікування" - *therapia ex uvantibus*). Загальний стан не порушується. Відсутні суб'єктивні відчуття (біль, сверблячка, паління), які частіше спостерігаються при шкірних захворюваннях. Висип з'являється приступами, тому елементи висипу знаходяться на різних стадіях розвитку. Можливим є одночасне виникнення у одного і того ж пацієнта різних морфологічних елементів висипу. Наприклад, розеоли і папули або папули і везикули. Висип має округлу форму, різко відмежований від здорової шкіри, розташовується фокусно, не схильний до периферичного зростання і злиття. Висип без ознак гострого запалення, застійно мідно-червоного кольору з бурим відтінком, містить велику кількість блідих трепонем. Характерною є наявність у основи сифілідів щільного інфільтрата, включаючи розеоли. Серологічні реакції крові позитивні з високим титром реагів 1:160, 1:320 практично у 100% випадків у хворих на вторинний свіжий сифіліс, в 96-98% з низьким титром реагів 1:5-1:20 у пацієнтів з вторинним рецидивним, РІФ (реакція імунофлюоресценції) позитивна майже в 100% випадків), РІБТ (реакція іммобілізації блідих трепонем) позитивна у 60-80% хворих на вторинний свіжий сифіліс і у 80-100% вторинним рецидивним. В 50% випадків при вторинному рецидивному сифілісі спостерігаються патологічні

зміни спинномозкової рідини за відсутності клінічної картини менінгіту (прихований латентний сифілітичний менінгіт).

Плямистий (макульозний) сифілід, сифілітична розеола (*sypphilis maculosa seu roseola sypphilitica*). Найчастіший і найбільш ранній прояв вторинного періоду сифілісу. При вторинному свіжому сифілісі плямисті сифіліди симетрично локалізуються на шкірі тулуба (бокові поверхні грудей, живіт, спина), рідше на кінцівках, на обличчі, волосистій частині голови, долонях, підшвах. Плями не дуже різко обмежені, округлої форми, величиною до 4-10 мм у діаметрі, мають блідо-червоний колір, не підвищуються над рівнем шкіри, не сверблять. При діаскопії свіжі розеоли зникають, а після припинення натиснення з'являються знову. Кількість плям з кожним днем збільшується. Висип розеола відбувається поштовхоподібно. Вони розміщуються безладно, безсистемно. При відсутності лікування розеоли через 3-4 тижні набувають бурувато-жовтуватого відтінку і зникають безслідно. У хворих на вторинний свіжий сифіліс після початку лікування (перші ін'єкції пеніциліну або прийом антибіотиків) виникає реакція загострення (реакція Геркстеймера-Яріша-Лукашевіча), яка супроводиться високою температурою, посиленням запалення плям, які набувають насичено рожево-червоного кольору, добре виявляються і нерідко виникає в місцях, де вона була відсутня до початку терапії. Рецидивна розеола (*roseola recidiva*) відрізняється від плямистих сифілідів при вторинному свіжому сифілісі асиметричним розташуванням на окремих ділянках шкіри і слизових, невеликій кількістю, більшими розмірами, схильністю до групувань з утворенням фігур (вигляд дуг, кілець, гірлянд та інш.), характерним ціанотичним відтінком. У разі затруднення розпізнати вторинні сифілітичні розеоли застосовується проба Синельникова (внутрішньовенно вводиться 3-5 мл 0,5% розчину нікотину і неясні до цього сифілітичні плями стають більш яскравими і помітними).

Диференційна діагностика.
Мармурова шкіра (cutis marmorata). У деяких осіб майже по всій поверхні тулуба, на кінцівках спостерігається своєрідне плямисте забарвлення шкіри. В прохолодній кімнаті мармуровість шкіри стає більш помітною. Шкіра покривається синюшними смугами, петлями, що чергують з ділянками просвітвлень. Якщо потерти підозрілу ділянку “мармурова шкіра” втрачає свій малюнок. *Висівковидний (різнокольоровий) лишай (pityriasis versicolor).* Плями жовтувато-бурого кольору, схильні до злиття, на їх поверхні висівковидне лущення. Під час змазування розчином йоду (проба Бальцера) уражені ділянки шкіри більш інтенсивніше забарвлюються в порівнянні із здоровими. Опромінювання люмінесцентною лампою викликає золотисто-жовте свічення осередків ураження. При бактеріологічному дослідженні виявляється збудник *Pityrosporum orbiculare*. *Токсидермія (toxidermia).* Розпізнається за анамнезом (застосування лікарських засобів). Характерні гострий початок і клінічна течія, насичено червоний колір плям, лущення, схильність до злиття у складках шкіри (пахвові, ліктьові), паління, сверблячка висипу. Регрес настає швидко, у середньому через 7-10 днів після початку захворювання. *Рожевий лишай Жібера (pityriasis rosea Gibert).* Спочатку виникає одна овально-кругла, рожево-жовта пляма розміром 1,5-3 см і більш в діаметрі (“материнська пляшка”). На поверхні визначається тонка, зморщена, пластинчата луска, яка нагадує “гофрований цигарковий папір”. Через 1-2 тижні з'являється велика кількість дрібних плям з ексцентричним зростанням. Характерним є розташування плям паралельно лініям Лангера (лінії розщеплювання шкіри). *Плями, що виникають від укусу лобкових вошей (maculae cerulae seu taches blues).* На лобку, нижньої частини живота, внутрішньої поверхні стегон з'являються синювато-сірі плями. У центрі плями є геморагічна крапка (місце укусу лобкових вошей). При діаскопії плями не зникають (їх походження зв'язано

з утворенням пігменту з гемоглобіну). Пацієнти відзначають відчуття сверблячки. При огляді виявляється наявність вошей.

Папульозний сифілід (syphilis papulosa). Якщо роzeоли є частий прояв вторинного свіжого сифілісу, то папули - вторинного рецидивного сифілісу. Особливості папул: застійно-червоний (червоно-мідний) колір; ізольоване розташування (одна від одної); відсутня тенденція до зростання; чітко відмежовані; при прощупуванні відзначається щільно-еластична консистенція папули; при надавлюванні у центрі папули тупим зондом виникає різкий біль (симптом Ядасона); під час регресу виникає лущення папули звичайно з центру, яке поширюється на периферію і утворюється гладенький блискучий центр оточений обідком з лусочок (“комірець Бієта”; після розсмоктування папули зникають, а на їх місці тривалий час зберігаються пігментні плями. За величиною елементів розрізняють лентикулярний, міліарний і монетовидний папульозний сифілід. Лентикулярний папульозний сифілід (syphilis papulosa lenticularis). Найчастіше зустрічається і нерідко виникає одночасно з роzeолою. Папули мають округлі контури; різкі межі; розміри 3-5 мм в діаметрі; колір спочатку рожево-червоний, пізніше стає мідно-червоним; поверхня гладка, блискуча; папули появляються поштовхоподібно (різні стадії розвитку) і можуть поєднуватися з іншими вторинними сифілідами (частіш з роzeолами); регрес настає через 4-8 тижнів; на місці папул залишається тимчасова пігментація; суб'єктивні відчуття відсутні. При вторинному свіжому сифілісі папули більш дрібні, у великій кількості, мають безладне, але симетричне розташування по всьому шкірному покриву (тулубі, кінцівці), не групуються. При вторинному рецидивному сифілісі кількість папул обмежена, вони більш крупні, розташовані групами у вигляді кілець, кругів (syphilis papulosa lenticularis orbicularis), гірлянд, дуг (syphilis papulosa lenticularis gyrate). Міліарний, дрібнопапульозний або ліхеноїдний сифілід (syphilis papulosa miliaris seu

lichen syphiliticus). Рідкісний прояв вторинного рецидивного сифілісу. Спостерігається у немолодих осіб з супутніми захворюваннями (малярія, цироз печінки, туберкульоз), хронічними інтоксикаціями (алкоголізм, наркоманія). Вузлики локалізуються на тулубі, верхніх і нижніх кінцівках навкруги сально-волосяних фолікулів у вигляді бляшок, згрупованих дуг. Папули розміром з просяне зерно, округлої або конусоподібної форми, щільної консистенції, мідно-червоного кольору з бурим відтінком. На поверхні окремих вузликів є луски або рогові шипики. Характерною є стійкість навіть після проведення специфічної терапії. Без лікування папули можуть зберігатися до 2 міс. Після розсмоктування залишаються стійкі атрофічні рубчики. Монетовидний (нумулярний) папульозний сифілід (*syphilis papulosa nummularis*). Частіше спостерігається у пацієнтів з вторинним рецидивним сифілісом. Папули з'являються в невеликій кількості на будь-якій ділянці шкірного покриву. Вони згруповані, крупні, округлої форми з вираженим інфільтратом, синюшно-червоні. На поверхні папул є слабке лущення. Після регресу залишається буро-темна (чорна) пігментація, що існує тривалий час. Нерідко, нумулярні папули поєднуються з розеолою, лентикулярним і пустульозним сифілідом. Різновиди вторинних папульозних сифілідів. *Псоріазіформний сифілід* (*syphilis psoriasisiformis*) На поверхні папул більша кількість сріблясто-білих пластинчастих лусочків, велике лущення, навкруги папул виявляється мідно-червоного кольору віночок інфільтрата. *Себорейний папульозний сифілід* (*syphilis papulosa seborroica*). Виявляється у хворих, що страждають на жирну себорею. Папули локалізуються на ділянках шкіри, багатих сальними залозами (волосиста частина голови, носо-губна і підборідкова складки, лоб), мають нерівну поверхню, вкриті сосочковидними виступами і товстими сіро-жовтими жирними лусочками і кірками. Розміщення папул на межі лоба з волоссями у вигляді віночка називають "короною Венери", согона

veneris. *Мокнучий папульозний сифілід* (*syphilis papulosa madidans*) В місцях шкіри на дуже зволожуваних потом стичних ділянках шкіри або у місцях, що обмиваються секретами і екскретами (статеві органи, промежина, пахово-стегнові, пахово-мошонкові, пахові та інші складки шкіри, навколо заднього проходу) внаслідок роздратування поверхня папул ерозована, волога, по периферії відмічається сіруватобіла бахромка епідермісу, що злушується. Роговий шар епідермісу відторгається і утворюються *ерозійні папули* (*syphilis papulosa erosiva*). Якщо приєднується вторинна інфекція, виникають *папули у вигляді виразок* (*syphilis papulosa ulcerosa*). Нерідко пацієнтів турбує сверблячка, хворобливість. В ділянках шкіри з тривалим роздратуванням (складки, промежина, задній прохід, статеві органи) унаслідок розростання сосочкового шару дерми папули збільшуються, стають червоно-синюшні. Вони мають широку щільну підставу, горбисту поверхню, сіруватий наліт. Утворюються гіпертрофічні вегетуючі папули або широкі конділоми (*condylomata lata*). *Папульозний сифілід долонь і підшав* (*syphilis papulosa palmaris et plantaris*). Спостерігається при вторинному свіжому сифілісі, але частіше зустрічається при вторинному рецидивному. На долонях і підшвах з'являються червоно-фіолетово-жовті папули з щільною інфільтрацією. Потім на поверхні виникають щільні луски. У центрі роговий шар розтріскується і утворюється лущення у формі комірця ("комірець Бієта"). Папули розміром 3-5 мм, плоскі, щільні, жовто-червоні або червоно-бурі, чітко відмежовані, без ознак запалення. *Рагадиформні папули* (*syphilis papulosa rhagadiformis*). Папули розташовуються в природних складках шкіри (кутки рота, носо-губні складки, міжпальцеві складки ніг), де утворюються глибокі болючі тріщини.

Диференційна діагностика. *Псоріаз, лускатий лишай* (*psoriasis vulgaris*). Вузлики локалізуються на розгинальних поверхнях ліктювих і колінних суглобів, волосистої частини голови. Па-

пули рожевого кольору, мають тенденцію до зростання і злиття з подальшим утворенням бляшок. На їх поверхні наголошуються сухі сріблясто-білі лусочки. При зшкрябуванні поверхні папул предметним склом виявляються 3 патогномонічні симптоми: спочатку лусочки подрібнюються і підсилюється білий колір поверхні папули, що нагадує розтерту краплю стеарина (симптом “стеаринової плями”). Подальше зіскрібання визиває оголення вологої червоної блискучої поверхні (симптом “термінальної плівки”), після видалення якої виступають дрібненькі крапельки крові (феномен “крапкової кровотечі”, “кров'яної роси”). У прогресуючій стадії в місцях подразнення можуть з'являтися нові папули (симптом Кебнера, “ізоморфна реакція”). Змінюються пластинки нігтів, які стають товщими, ламкими, на поверхні дрібні заглиблення (симптом “наперстку”).

Червоний плоский лишай (lichen ruber planus). На згинальній поверхні зап'ясть, передпліччя, бокових частинах тулуба, на нижній частині живота, слизових оболонках щік і статевих органах з'являються папули лілуватого-червоного кольору, полігональні, щільні, плоскі, злегка підвищені, з пупкоподібним вдавленням у центрі. При змазуванні поверхні папул маслом визначається характерна сітка, яка складається з опаловидних, білястих або сіруватих смуг і крапок (нагадую мереживо, симптом Уїкхема), що відбувається унаслідок нерівномірного розростання зернистого шару епідермісу. Суб'єктивні відчуття виявляються сильною сверблячкою.

Гострокінцеві кондиліди (condilomata acuminata). Спричинюються вірусом папіломи людини VI та XI типів. Локалізуються на вологих місцях у чоловіків на вінчиковій борозні статевого члена, на внутрішньому листку і краю препуціального мішка, а в жінок на внутрішній поверхні великих губів, на малих губах, поблизу входу до піхви. Виникають обмежені, згруповані скупчення м'яких часточкових сосочкових розростань рожевого кольору на вузькій ніжці у вигляді “півнячого гребеня”, або кольорової капу-

сти. Поверхня кондиліди нерідко мацерує та ерозує і вони стають болісними.

Пустульозний (гноячковий) сифілід (syphilis pustulosa). Рідкісний прояв вторинного періоду, що свідчить про важку і злякисну течію. Спостерігається у ослаблених хворих, страждаючих супутніми захворюваннями (гіповітаміноз, хвороба Боткіна, туберкульоз), інтоксикацією (алкогольної, ніотинової). Розрізняють поверхневі пустульозні сифіліди (вугровидний, вісповидний, сифілітичне імпетиго) і глибокі (сифілітична ектима, рупія).

Вугровидний (акнеформний) сифілід (acne syphilitica seu syphilis acneiformis). Частий прояв пустулезного сифіліди при вторинному свіжому сифілісі. Поєднується з розеолою, папулами. Локалізація зв'язана з сальними залозами і волосяними фолікулами (волосиста частина голови, лоб, шия, груди, плечі, спина). З'являються фолікулярні мідно-червоного кольору щільні інфільтровані папули величиною з булавочну голівку, які відмежовані від здорової шкіри. На вершині папули визначається конічна пустула 2-3 мм в діаметрі з гнійним ексудатом, який потім засихає в буру кірку. Через 1,5-2 тижні кірки відпадають і залишаються маленькі вдавлені, пігментовані рубчики. Тривалість перебігу вугровидного сифіліду без лікування 1-1,5 міс.

Диференційна діагностика. *Вугри звичайні (acne vulgaris)* Починається в юнацькому віці і являє собою ускладнення себореї. На себорейних ділянках (обличчя, верхня частина грудей і спини) виявляється виражена себореї. Відзначаються точкові підвищення кольору нормальної шкіри з чорною точкою у центрі (комедони), при натисканні їх з боков видавлюється білуватого-жовтий стрижень; папули конічної або напівкулястої форми розміром від булавочної голівки до дрібної горошини, а також болючі пустули. Характерні хронічний перебіг і часті рецидиви.

Папулонекротичний туберкульоз (tuberculosis cutis papulonecrotica, folliclis, acnitis). Виникає у підлітків та юнаків, які хворіють на туберкульоз лімфатичних вузлів або легенів.

Висипи симетричні. Утворюються безболісні, плоскі, поверхневі або глибокі, розміром з булавочну головку горбики темно-червоного кольору. В їх центральній частині розвивається некроз у вигляді жовто-бурої кірки. Після відокремлення кірки з'являється кратероподібна з крутими краями виразка, після якої лишається пігментований рубець ("штампований" рубець). Особливістю є тривала хронічна течія. Туберкулінові проби позитивні.

Вісповідний пустульозний сифілід (*varicella syphilitica*). На обличчі, тулубі, розгинальних поверхнях кінцівок з'являються нечисленні (10-20) розміром з горошину кулясті або напівкулясті пустули з пупкоподібним вдавленням у центрі і серозно-гнійним вмістом. По периферії виявляється мідно-червоний, різко відмежований інфільтрат. Через 5-7 днів вміст пустули зсихається в кірку, яка розташовується на інфільтрованій основі. Після відпадання кірки лишається вторинна пігментація, а іноді поверхневий рубець. Нові елементи з'являються поштотами протягом 1-2 міс. Іноді у пацієнтів спостерігаються загальна слабкість, лихоманка.

Диференційна діагностика. Вітряна віспа (*varicella*). Після продромальних явищ (нездужання, головний біль, зниження апетиту, кашель) на волосистій частині голови, тулубі, в пахвових областях з'являються круглі або овальні рожево-червоні плями, 2-4 мм в діаметрі, від одиниць до декількох сотень. Через декілька днів вони трансформуються в папули, частина з яких перетворюється на однокамерні везикули з прозорим вмістом. Везикули підсихають у жовто-коричневі кірки.

Імпетигінозний пустульозний сифілід (*impetigo syphilitica*). Виявляється при вторинному свіжому сифілісі з плямистими і папульозними висипами. На волосистій частині голови, лобі, грудях, спині, лобку з'являються щільні, темно-червоні вузлики до 1 см і більш в діаметрі. В центрі утворюється поверхнева пустула з інфільтрацією, яка зсихається і утворюються жовтуватокоричневі шаруваті кірки, оточених

окресленим темно-червоним вінчиком папульозного інфільтрату. Внаслідок постійного надходження ексудату з глибини пустули кірка підноситься і досягає значної величини. Після зняття кірки видно ерозію або виразку. Після заживання залишається поверхневий рубець, що пігментується.

Диференційна діагностика. Стрептококове імпетіго (*impetigo streptogenes*). Частіше спостерігається у дітей і молодих жінок. Характерний швидкий початок захворювання і розповсюдження висипів на відкритих ділянках тіла (обличчя, руки, гомілки, стопи) у вигляді плоских фліктен з тонкою в'ялою покришкою, що оточені периферичним еритематозним ободком. Вміст спочатку світлий серозний, а потім швидко через кілька годин стає каламутним. Коли фліктена розкривається можна побачити червону ерозію. Ексудат зсихається з утворенням солом'яно-жовтих кірок, при відпаданні яких лишається червонувата пляма. Без лікування з'являються численні фліктени, які схильні до злиття і утворення великих вогнищ ураження. При призначенні раціональної терапії висип регресує у середньому через 1-2 тижні.

Сифілітична ектима (*ecthyma syphiliticum*). Важка злаякісна форма пустульозного сифіліда. Виникає через 5-8 міс після зараження, а також в більш пізні терміни вторинного рецидивного сифілісу. Частіш супроводжується нездужанням, лихоманкою, кістковими і м'язовими болями, гнійним іритом. Може спостерігатися при вторинному свіжому сифілісі з плямистими і папульозними сифілідами. Переважно на гомілках, рідше на обличчі, тулубі з'являється велика глибока пустула, яка оточена щільним мідно-червоним (червоно-синюшним) підвищеним кільцем папульозного інфільтрата. Пустула зсихає в щільну, сірувато-буру або чорну кірку, яка як би занурена на ту або іншу глибину - поверхневі і глибокі ектими (*ecthyma syphiliticum superficiale et ecthyma syphiliticum profundum*). Після відділення кірки оголюється глибока округла виразка з жовто-сірими гнійними некротичними

масами на дні і крутими інфільтрованими краями (ніби вибитими пробійником). Сифілітичні ектими виникають в невеликій кількості (не більше 6-8), асиметрично розташовуються, схильні до периферичного зростання і розпаду. При загоєнні залишається рубець, що пігментується.

Диференційна діагностика. *Вульгарна ектима (ecthyma vulgaris)* Частіше хворіють особи молодого віку. Виникненню ектим сприяють погане харчування, неохайність, хронічні хвороби (туберкульоз, діабет). На шкірі гомілок і сідниці виникає болюча фліктена завбільшки з волоський горіх, каламутний вміст якої стає гнійним або гнійно-кров'янистим, а по периферії виникає гіперемований набряк. Після розкриття утворюється жовтувато-бура або коричнева шарувата кірка, після насильного видалення виявляється округла виразка до 5 см в діаметрі (ектиматозна виразка) з набряклими краями і гнійними брудно-сірими масами з домішкою крові на дні. При лікуванні язва рубцюється протягом 1-2 тижнів з утворенням рубця.

Сифілітична рупія (rupia syphilitica). Виникає в ослаблених осіб у пізні терміни вторинного рецидивного сифілісу не раніше ніж через 2-3 роки після зараження. Може поєднуватися з іншими сифілідами. Супроводжується значними порушеннями загального стану. На кінцівках, тулубі, на обличчі, голові утворюється одинична, масивна, шарувата, конусоподібна кірка висотою до 2 см і діаметром до 5-6 см, яка спочатку брудно-коричнева, а потім бурочорна і нагадує вигляд устричної раковини. Після видалення кірки оголюється глибока виразка з крутими інфільтрованими краями і кров'яно-гнійним дном. Розрізняють 3 зони: у центрі - рупіодна кірка, по периферії - вал папульозного фіолетово-червоного інфільтрату, а між ними - кільцеподібна зона виразки. Характерні повільна течія, тенденція до розповсюдження як у глибину, так і по периферії. Після загоєння залишається глибокий рубець, що пігментується. Клініка рупії типова і її важко змішати з іншими дерматозами.

Везикульозний (герпетиформний) сифілід (syphilis vesiculosa, herpes syphiliticus). Рідкісна і важка форма вторинного періоду сифілісу. Може зустрічатися як при вторинному свіжому, так і вторинному рецидивному сифілісі. Можливі поєднання з папульозним, імпетигінозним сифілідом, широкими кондиломами, з горбкуватими сифілідами третинного періоду сифілісу. Важко піддається лікуванню і має схильність до рецидивів. Спостерігається у осіб із зниженою реактивністю після перенесених або супутніх захворювань (туберкульоз, малярія). На тулубі, кінцівках з'являються округлі, червонуваті бляшки (папульозні елементи, що злилися) до 10-20 мм в діаметрі. На поверхні виявляються дрібні згруповані пухирці з серозним вмістом. Через декілька годин пухирці розриваються, оголюючи і утворюються дрібні ерозії, які покриваються шаруватими кірками, що відбувається внаслідок послідовного підсихання рідини, що просочується. Після відпадання кірок лишаються пігментні плями і рубчики.

Диференційна діагностика. *Звичайний пухирник (pemphigus vulgaris).* На зовні здоровій шкірі з'являються дрібні або великі пузири з в'ялою покришкою і прозорим жовтуватим вмістом. Пухирі швидко розриваються і утворюються яскраво-червоні мокнучі ерозії з сіруватим нальотом на поверхні. Легке тертя пальцем шкіри на видимо здорових ділянках спричинює відшарування епідермісу, а при потягуванні за край розірваної покришки пухиря роговий покрив відокремлюється на великому протязі (симптом Нікольського). При мікроскопічному дослідженні мазків-відбитків з дна пухиря виявляються характерні епітеліальні клітки Тцанка. Порушується загальний стан (прогресуюче виснаження, пронос, блювання, гарячка з високою температурою). Виникають шлунково-кишкові і нервові розлади. Втрата білка (плазморея) і інтоксикація приводять до кахексії, а остання до смерті пацієнтів.

Сифілітична лейкодерма, пігментний сифілід (leucoderma syphilitica).

Спостерігається при вторинному рецидивному сифілісі і виникає на 4-6 місяці захворювання. Тривало існує і зникає через 6-12 місяців, а іноді через 2-4 роки навіть після протисифілітичної терапії. Головним чином буває у жінок, ніж у чоловіків. Поєднується іноді з сифілітичним облісінням і іншими проявами вторинного періоду сифілісу. На задній і боковій частинах шиї (“намисто Венери”), рідше на верхньої частини грудей, животі, спині, поясниці, кінцівках на фоні гіперпігментації шкіри утворюються округлі або овальні світлі плями розміром від 3-4 до 10 мм в діаметрі, кількість яких поступово збільшується. Сифілітична лейкодерма не викликає суб'єктивні відчуття, не лущиться. У пацієнтів часто виявляються зміни з боку спинномозкової рідини, у зв'язку з чим багато авторів вважають, що наявність сифілітичної лейкодерми указує на глибокі нервово-трофічні порушення в організмі. Розрізняють 3 різновиди сифілітичної лейкодерми. **Плямиста.** Крупні білі плями розташовуються ізольовано і оточені широким віночком шкіри, що гіперпігментована. Плями не мають тенденції до злиття. **Сітчаста (мереживна).** З'являється велика кількість білих плям, схильних до збільшення і злиття. Між плямами зберігаються вузькі сіруваті смужки, які нагадують сітку або мереживо. **Мармурова.** На фоні слабкої гіперпігментації виявляються слабо виражені межі між депігментованими плямами і навколишньої шкіри, яка набуває вигляд “брудної шкіри”.

Диференційна діагностика. *Vitiligo (vitiligo).* З'являються окремі або численні депігментовані плями різної форми і розмірів, кольору слонячої кістки, схильні до периферичного зростання. По краю є згущування пігменту (коричневий бордюр). Волосся у вогнищах обезбарвлюється. Під дією сонячної інсоляції можуть виникати нові, раніше не помітні вогнища депігментованої шкіри.

Сифілітична алопеція, сифілітичне облісіння (alopecia syphilitica). Є характерним симптомом вторинного рециди-

вного сифілісу. Може зустрічатися і при вторинному свіжому сифілісі. При сифілітичному облісінні шкіра в осередках ураження не лущиться, без ознак запалення, фолікулярний апарат зберігається. Суб'єктивні відчуття відсутні. Без протисифілітичного лікування може існувати тривалий час. Після призначенні специфічної терапії через 10-15 днів припиняється випадання волосся і волосся поступово відрощують протягом декількох місяців. Розрізняють 3 різновиди сифілітичного облісіння. **Дрібновогнищева алопеція (alopecia syphilitica areolaris).** На волосистій частині голови в потиличній і скроневій областях, рідше на бороді, бровах, віях з'являється велика кількість дрібних, округлих або овальних лисинок, розміром 10-15 мм в діаметрі, не схильних до злиття. У вогнищах спостерігається різке порідшення волосся. Проте випадає не все волосся і тому, волосиста частина голови має схожість з “хутром, роз'їденим міллу”. Випадання волосся на віях називають “омнібусним” або “трамвайним” сифілідом. При поразці вій (їх часткове випадання і послідовне відрощування нових), вони мають різну довжину “східчасті вій” (ознак Пінкуса).

Диференційна діагностика. *Гнездоове облісіння (alopecia areata).* Вогнища облісіння крупні, округлі з чіткими межами у кількості 1-3. Волосся повністю відсутнє. По периферії легко вискубуються. Шкіра в ділянках облісіння гладка, блискуча, нагадує більярдну кулю. *Поверхнева мікроспорія волосистої частини голови (microsporia superficialis capillitii).* Хворіють діти. Спостерігаються різко окреслені, круглої форми, вкриті білуватосіруватими лусочками 1-2 вогнища розміром до 10 см у діаметрі, а також кілька малих вогнищ. Волосся обламане на висоті 5-8 мм від поверхні шкіри і потовщене за рахунок чохлика, що обгортає волосину. У світлі люмінесцентної лампи уражені волосини мають зеленувате свічення. Виявляється гриб *Microsporum ferrugineum*.

Дифузна алопеція (alopecia syphilitica diffusa). Гостро виникає суцільне порід-

шання волосся без зміни шкіри в скроневій області і подальшим розповсюдженням.

Диференційна діагностика. *Фаvus волосистої частини голови (favus capillitii)*. На волосистій частині голови з'являються еритематозні плями, які через 15 днів перетворюються у сухий яскраво-жовтий діаметром 2-4 мм утвір, так званий щиток (скутула), у вдавненому центрі якого стирчить волос. Волосся тьмяне, матове, коротке і вкрите сірувато-білими лусочками. Внаслідок периферичного росту і злиття щитків утворюються великі бляшки з поліциклічними обрисами. Від хворих виходить запах мишей. Після регресу лишаються атрофія і стійке випадання волосся. Виявляється гриб *Trichophyton Schonleinii*.

Змішана сифілітична алопеція (*alopexia syphilitica mixta*). Це поєднання дрібновогнищевої сифілітичної алопеції з дифузним різновидом.

Вторинні сифіліди слизових оболонок. Зустрічаються при вторинному періоді сифілісу і переважно спостерігаються при вторинному рецидивному сифілісі. Можуть бути єдиним проявом захворювання. Частіше локалізуються на слизових порожнини рота, носа, гортані, статевих органів, заднього проходу, тобто в ділянках, що піддаються різним дратівливим чинникам (порожнина рота - каріозні зуби, відкладення каміння, куріння; зовнішні статеві органи - виділення з уретри, піхви, запальні процеси; задній прохід - калові маси). Практично у половини хворих на вторинний сифіліс на слизових порожнини рота з'являються плямисті, папульозні сифіліди і рідко пустульозні, які без суб'єктивних відчуттів, пізно виявляються і є причиною інфікування оточуючих.

Плямистий (макульозний) сифілід слизових оболонок (*sypphilis maculosa mucosae*). В порожнині рота на дужках, м'якому піднебінні, мигдаликах, на слизовій оболонці зів, гортані, відзначаються окремі, круглі, симетричні синюшно-червоні плями з гладкою поверхнею, розміром 3-5 мм в діаметрі. Вони можуть поєднуватися з плямистими, папульозними елементами на шкірі.

При злитті можуть утворитися великі ділянки еритеми - сифілітична еритематозна ангіна, *angyna erythematosa syphilitica*. Характерним є червоний з синюватим відтінком кольор, гладенька поверхня, чітко обкреслені межі і підвищення над рівнем слизової оболонки унаслідок інфільтрації. Суб'єктивні відчуття проявляються невеликій хворобливістю і незручністю під час ковтання і розмови. Під впливом механічних і хімічних подразнень (напої, куріння, їжа) виникають круглої або овальної форми ерозії, розміром 2-5 мм, з червоною або сірувато-білою поверхнею, невеликим серозним відокремлюваним і чіткими межами з локалізацією на губах, язика, слизових оболонках зовнішніх статевих органів.

Диференційна діагностика. *Токсидермія (toxidermia)* На слизовій оболонці порожнини рота з'являються овальні еритематозні плями діаметром до 2-3 см. У центрі деяких з них виникають пухирці або пузири, які потім розкриваються з утворенням хворобливих ерозій. У більшості хворих висип одночасно з'являється на шкірі, зовнішніх статевих органах, в області заднього проходу. В анамнезі наголошується зв'язок виникнення висипу після прийому медикаментів (сульфаніламідів, пеніцилін та інші). Після їх відміни процес регресує протягом 7-10 днів. У разі повторного прийому цих же препаратів процес рецидивує на колишніх ділянках, але може локалізуватися і на інших.

Папульозний сифілід слизових оболонок (*sypphilis papulosa mucosae*). Є найчастішим проявом вторинного періоду сифілісу на слизовій оболонці порожнини рота. Папули локалізуються на губах, внутрішній поверхні щік, на яснах, язика, мигдаликах, твердому і м'якому піднебінні, гортані, на статевих органах і розташовуються фокусно. Вузлики округлі, темно-червоного з синюшним відтінком кольору, розміром до 10 мм в діаметрі, з гладкою поверхнею, щільної консистенції, відмежовані, не підвищенні над рівнем слизової оболонки ("опалові бляшки" - термін французьких авторів), безболісні. Через деякий час епі-

телій, що покриває папулу просочується ексудатом і вузлик стає сірувато-білим з червоним ободом по периферії. При видаленні шпателем нальоту з поверхні папули оголюється червона ерозія, у відокремлюваному якій виявляється велика кількість блідих трепонем. При роздратуванні папул гострою їжею, зубами вони збільшуються по периферії, зливаються і утворюються жовто-білі бляшки з фестончатими контурами, які в подальшому ерозуються. Ерозії можуть перетворюватися на хворобливі брудно-сірого кольору язви з нерівною поверхнею і гнійним нальотом, які супроводяться кровотечею. Розрізняють папуло-ерозійний (*syphilis papulo-erosiva mucosae*) і папуло-виразковий (*syphilis papulo-ulcerosa mucosae*) сифіліди слизових оболонок. При тривалому роздратуванні папули гіпертрофуються. Поверхня стає нерівною, зернистою, брудно-жовтого (білого) кольору. Іноді на поверхні вузликів з'являється вегетація червоного (білого) кольору, яка при тривалому роздратуванні приймає пухлинний вигляд (*syphilis papulosa mucosae vegetans*). При локалізації на спинці язика в одних випадках в області папули ніткоподібні сосочки язика чітко виражені і вузлик виступає над слизистою у вигляді нерівних сірих вогнищ. Частіше ніткоподібні сосочки відсутні і папули рожево-синюшні, овальної форми з гладкою поверхнею ("відполіровані папули"). Вони розташовуються як би нижче за рівень слизової оболонки – бляшки "скошеного луку", "алоресія язика". Найбільш часто, при вторинному рецидивному сифілісі папули розташовуються на мигдаликах (сифілітична папульозна ангіна, *angina papulosa syphilitica*) у вигляді білястого нальоту, нагадуючи неспецифічну ангіну.

Диференційна діагностика. *Червоний плоский лишай (lichen ruber planus)*. На слизових оболонках щік, язика, статевих органів з'являються дрібні, сірувато-білого кольору папули діаметром 1-3 мм, які зливаються з утворенням нерівних смужків, що перетинаються у різних напрямках, сітки, кільця і т.д. Після регресу

вузликів залишаються ділянки атрофії. Папули можуть спостерігатися на згинальній поверхні зап'ясть, передпліччя, животі, попереку, гомілках, де вони щільні, чітко окреслені, плоскі, полігональні, синюшно-червоного кольору з фіолетовим відтінком, з пупкоподібним вдавленням у центрі. Якщо змазати поверхню папули олією, то видно характерну сітку, яка складається з опало видних білясто-сіруватих смуг і крапок, що нагадує мереживо (сітка Уікхема). Суб'єктивно пацієнтів турбує сильний болісний свербіж.

Останніми роками спостерігаються особливості клінічного перебігу *вторинного періоду сифілісу*: мізерна симптоматика (окремі папули на слизовій оболонці порожнини рота); не типова клініка (часта локалізація папул тільки на статевих органах і в періанальній області); лущення папул по типу "облатки"; випадки появи тільки гіпертрофічних папул в області зовнішніх статевих органів; більш часті еритематозно-папульозні ангіни; більш ранні терміни появи специфічної алопеції і лейкодерми; випадки з характерною клінікою, але з негативними стандартними серологічними реакціями, які стають позитивними нерідко лише у процесі лікування. *Сучасний перебіг вторинного свіжого сифілісу*: частіше виникають поліморфній (розеольозно-папульозний, розеольозно-пустульозний) висип; зустрічається числена зливна розеола з суб'єктивними відчуттями (сверблячка, паління, хворобливість); плями з'являються на обличчі, долонях, підшвах; почастишали випадки папул на долонях і підшвах (особливо у жінок), рідше стали виявлятися широкі кондиломи; збільшилися випадки нетипових поразок слизової оболонці порожнини рота (відсутність чітких меж, інфільтрації, хворобливість); поліаденит слабко виражений або відсутній; відзначаються особливості динаміки стандартних серологічних реакцій - негативні КСР і позитивні РІФ, РІБТ. *Сучасний перебіг вторинного рецидивного сифілісу*: клінічні прояви ранніх рецидивів схожі як з проявами вторинного свіжого, так і реци-

дивного сифілісу; частіше зустрічається яскравий, численний, дрібний, мономорфний висип; почастишали випадки папульозних і ерозивно-виразкових висипів на статевих органах, мошонці і в аногенітальній області; пустули у ослаблених людей виникають на незмінній шкірі з подальшим формуванням специфічного інфільтрату. Вищевикладені особливості клініки вторинного періоду сифілісу викликають значні труднощі в диференціальній діагностиці вторинного свіжого і вторинного рецидивного сифілісу, що є причиною діагностичних помилок і тому, при постановці діагнозу все більше значення придбавають стандартні серологічні реакції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айзятупов Р.Ф. Сифіліс (ілюстрованне керівництво). – Донецьк: Донеччина, 1998. – 228 с., ил.
 2. Айзятупов Р.Ф. Заболевания передаваемые половым путем (этиология, клиника, диагностика, лечение). – Донецьк: Донеччина, 2000. – 384 с., ил.
 3. Айзятупов Р.Ф. Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение): Иллюстрированное руководство. – Донецьк: Каштан, 2004. – 400 с.:ил.
 4. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии. – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.: ил.
 5. Айзятупов Р.Ф. Справочник дерматовенеролога. - Донецьк: Каштан, 2008. - 404 с.: ил.
 6. Айзятупов Р.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии: Иллюстрированное руководство. – Донецьк: Каштан, 2010. - 560 с.: ил.
- Шкірні та венеричні хвороби: Підручник для студентів вищих медичних закладів України /М.О.Дудченко, В.Г.Коляденко, Л.І.Бариліак та інш. – Полтава-Київ, 2004. – 314 с.