

### Вторичный период

Вторичный период сифилиса начинается спустя 9–10 нед после заражения и клинически характеризуется изменениями кожи, слизистых оболочек, внутренних органов и центральной нервной системы. Длительность вторичного периода сифилиса составляет 3–5 лет и более. Активные проявления болезни сменяются периодами покоя (латентное течение). Первое высыпание вторичного периода имеет, как правило, распространенный и симметричный характер. Обычно в это время обнаруживаются также остатки первичной сифиломы, полиаденит.

Рецидивные высыпания менее обильны и ярки, чем при вторичном свежем сифилисе, нередко сгруппированы или располагаются в виде колец, дуг, гирлянд.

Сифилитические высыпания вторичного периода характеризуются истинным полиморфизмом (пятна, папулы, везикулы и пустулы); отсутствием островоспалительной реакции (лишь в самом начале они имеют ярко-розовую окраску, а в дальнейшем их цвет приобретает застойный или буроватый оттенок), четкостью границ и фокусностью, отсутствием субъективных ощущений, доброкачественностью.

Сифилитическая розеола. Розеола локализуется, как правило, на боковых поверхностях груди, живота, имеют овальную форму, обычно не возвышаются над уровнем кожи. Поверхность розеол гладкая, шелушащаяся. При надавливании стеклом розеола исчезает и после снятия стекла появляются вновь. Они не растут по периферии и не сливаются друг с другом. Просуществовав без лечения 3–4 нед, розеола, постепенно изменяясь в оттенках, бесследно исчезают.

Рецидивная розеола отличается от свежей меньшим количеством, склонностью к группировке с образованием дуг, колец, гирлянд.

Сифилитическую розеолу следует дифференцировать от мраморности кожи, коревой сыпи, отрубевидного лишая, розового лишая, токсидермии, пятен от укусов лобковых вшей.

Папулезный сифилид. Папулезный сифилид – частое проявление вторичного, особенно рецидивного, сифилиса. При надавливании на папулы тупым зондом больной испытывает боль (симптом Ядассона). При рассасывании инфильтрата на поверхности папул отмечается шелушение, которое распространяется из центра к периферии (воротничок Биетта). Папулы располагаются не только на коже, но и на слизистых оболочках.

При вторичном свежем сифилисе папулы беспорядочно разбросаны по всему кожному покрову. По величине они подразделяются на миллиарные, лентикулярные, монетовидные. Они медно-красного цвета, плотноэластической консистенции, безболезненны при пальпации. В области крупных складок папулы могут подвергаться мацерации (мокнущие папулы) и гипертрофироваться с появлением на их поверхности вегетаций (широкие кондиломы). Длительность существования папул без лечения исчисляется неделями. На поверхности папул, расположенных на ладонях и подошвах, отмечается гиперкератоз. В полости рта, на миндалинах и языке папулы могут иметь вид ссадин и эрозий.

Папулезный сифилид необходимо дифференцировать от красного плоского лишая, каплевидного парапсориаза, чешуйчатого лишая, аллергических васкулитов кожи, папулонекротического туберкулеза кожи, контагиозного моллюска, остроконечных кондилом, геморроя.

Пигментный сифилид (сифилитическая лейкодерма). Сифилитическая лейкодерма

является характерным симптомом вторичного рецидивного сифилиса. Обычно проявляется через 6 мес после заражения. Нередко она сочетается с сифилитическим облысением. Чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Локализуется преимущественно на задней и боковой поверхности шеи ("ожерелье Венеры"). Вначале появляется более или менее выраженная гиперпигментация кожи, на фоне которой последовательно возникают гипопигментированные пятна. Пятна имеют относительно правильные круглые очертания и у разных больных различную величину.

Лейкодерма держится 1–2 года и трудно поддается лечению. При наличии лейкодермы, как правило, имеются патологические изменения в спинномозговой жидкости.

Сифилитическую лейкодерму лучше рассматривать при боковом освещении. Она никогда не шелушится и не беспокоит больного.

Сифилитическую лейкодерму дифференцируют от пятен после отрубевидного лишая, чешуйчатого и красного плоского лишая, витилиго.

Сифилитическое облысение. Сифилитическое облысение – проявление вторичного рецидивного сифилиса – обычно наблюдается на 3–5-м месяце заболевания одновременно с сифилитической лейкодермой. Характерным является сохранение фолликулярного аппарата. Клинически различают следующие разновидности сифилитической алопеции: диффузная, мелкоочаговая и смешанная. Наиболее часто поражаются теменная и затылочная области.

При диффузной алопеции процесс большей частью начинается с висков и затем распространяется на всю волосистую часть головы. Кожа, как правило, не изменяется и сохраняет свой естественный цвет.

При мелкоочаговой алопеции кожу головы образно сравнивают с мехом, изъеденным молью. Волосы в очагах поражения выпадают не полностью, а частично. Субъективных ощущений нет. При сифилитическом выпадении бровей и ресниц, наряду с нормальными, то есть длинными волосами, можно увидеть короткие – картина "ступенчатообразных" ресниц. Дифференцировать мелкоочаговую сифилитическую алопецию необходимо от грибковых поражений волос и от гнездной плешивости.

При смешанной сифилитической алопеции сочетаются признаки диффузной мелкоочаговой алопеции.

Поражение костей, суставов, надкостницы. Больные жалуются на боли в костях, усиливающиеся ночью. Объективных изменений в костях, как правило, не отмечается.

При сифилитическом периостите на большеберцовых костях пальпируются веретенообразные утолщения костной ткани.

### Третичный период

Третичный сифилис развивается через несколько лет после заражения примерно у 50% нелеченных больных. Этому способствуют длительное истощение, хроническая интоксикация (например, алкогольная), хроническая инфекция (туберкулез, малярия), травма. Третичный сифилис, поражая кожу, слизистые оболочки, кости, суставы, внутренние органы, в отличие от вторичного сифилиса, вызывает в них необратимые деструктивные изменения. Морфологическим субстратом третичных сифилидов является продукт специфического воспаления – инфекционная гранулема. Их клиническое проявление в коже – гуммозный и бугорковый сифилиды, контагиозность которых незначительна.

Бугорковый сифилид. При бугорковом сифилиде основным элементом является бугорок величиной до вишневой косточки. Чаще бугорки располагаются на различной глубине

дермы и являются плотными, бесполосными образованиями темно-красного или багрово-синюшного цвета с гладкой поверхностью. Субъективные ощущения отсутствуют. Исход бугорка двоякий: изъязвление с последующим образованием рубца или рубцовая атрофия после разрешения без вскрытия. Различают следующие разновидности поверхностного бугоркового сифилида: сгруппированный, серпигинирующий, “площадкой”, карликовый.

Бугорковый сифилид необходимо дифференцировать от туберкулезной волчанки, варикозных язв голени, лепры.

Гуммозный сифилид. Гуммы встречаются на коже и слизистых оболочках, во внутренних органах, костях и мышцах. Они располагаются в подкожной жировой клетчатке. Гуммы бывают различной величины (до грецкого ореха и больше); вначале они подвижны и не спаяны с кожей и подлежащими тканями, по мере роста и развития становятся неподвижными. Цвет гуммы – от красного до синюшно-багрового.

Постепенно в центре гуммы наступает размягчение (флюктуация). Кожа на ее поверхности истончается, и гумма вскрывается. Несмотря на большие размеры гуммы, из образовавшегося отверстия выделяется мало гноя, похожего на раствор гуммиарабика. На дне язвы видна серая плотноватая масса – “гуммозный стержень”. Затем некротические массы отторгаются, и образуется язва, окруженная валом плотного, резко отграниченного инфильтрата застойно-синюшного цвета. Язва круглой или овальной формы, имеет значительную глубину, отвесные, как бы выбитые пробойником края.

После заживления язвы на месте разрешившегося инфильтрата остается своеобразный рубец, более плотный в центре и более тонкий, атрофичный по периферии. Гуммы могут существовать годами при отсутствии рационального лечения.

Гуммозный сифилис следует дифференцировать от липомы, атеромы, раковой язвы, глубоких микозов, кожного лейшманиоза, туберкулеза кожи.

Третичные сифилиды, кроме кожи, поражают слизистые оболочки. В полости рта чаще наблюдается поражение мягкого и твердого неба, дужек, язычка, глотки, языка.

Вскрывшаяся гумма разрушает мягкое небо, и при этом образуется правильное округлых очертаний отверстие (перфорация).

Встречаются гуммозные оститы, периоститы, остеомиелиты, гидрартрозы и остеоартрозы.