Реферат:

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИОБРЕТЕННОГО СИФИЛИСА

По литературным данным удельный вес диагностических ошибок у больных сифилисом составляет до 31 %. Эти ошибки возникают в результате:

а) недостаточных знаний врачами клинической симптоматики сифилиса,

б) неумелой дифференциальной диагностикой и,

в) игнорирования серологического обследования больных.

Для каждого периода сифилиса характерны свои проявления. Так, для ПЕРВИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА характерно наличие твердого шанкра, который следует дифференцировать с:

1) Баланопоститом, который протекает по типу острого воспаления. Заболевание начинается с гиперемии и отека головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти. В препуциальном мешке скапливается сливкообразный гной. В дальнейшем развиваются эрозии округлых, неправильных очертаний с мягким красным дном, покрытым лекгоудаляемым гнойным налетом. Уплотнения у основании эрозии отсутствуют. Увеличиваются регионарные лимфоузлы, они болезненны и неподвижны. Больные жалуются на боли, жжение, зуд и чувство напряжения.

2) Пузырьковым лишаем. Заболевание обусловлено вирусом простого герпеса II иммунотипа. Характеризуется высыпанием на фоне розового пятна группы пузырьков. В дальнейшем пузырьки вскрываются, образуя мелкие эрозии с неровными мелкофестончатыми краями, наличием в окружности воспалительной красноты; дно покрыто желтоватым налетом. Уплотнение в основании эрозии отсутствует. Больные жалуются на чувство жжения и зуд. Лимфатические узлы, как правило, не увеличены. Даже без лечения эти эрозии быстро эпителизируются, не оставляя после себя никакого следа. Часто больные в анамнезе указывают на подобные высыпания.

3) Чесоточной эктимой. При чесотке в основании эктимы нет уплотнения, отсутствует регионарный лимфаденит, характерен выраженный зуд в ночное время и наличие высыпаний на других частях тела. Все это позволяет правильно поставить диагноз.

4) Эрозией шейки матки, которая обычно "заходит" в отверстие матки, как бы "вытекает" из него, дно легко кровоточит, края нечеткие, течение медленное, хроническое. Твердый шанкр обычно располагается на передней или задней губе, иногда в виде кольца вокруг отверстия матки, имеет четкие края, относительно быстро (3 – 5 недель) подвергается обратному развитию.

При расположении шанкра в области миндалины ошибочно диагностируют ангину. Больным назначают длительное (без эффекта) лечение, направляют их на повторные консультации к отоларингологу и наоборот. При этом упускаются из виду особенности клинических проявлений сифилитического амигдалита или обычного шанкра: односторонне поражение, отсутствие температуры тела, длительное течение, увеличение и уплотнение миндалины, наличие эрозии или язвы, регионарный лимфаденит.

Индуративный отек полового члена у мужчин путают с воспалительным фимозом , а индуративный отек половых губ у женщин – с бартолинитом. Отличить эти заболевания помогают признаки острого воспаления – гиперемия, отек, гнойные выделения при фимозе и бартолините. Характерные изменения паховых лимфоузлов также помогают исключить ошибку в диагнозе.

Допускаются ошибки при распознавании регионарного склераденита, который диагностируют как туберкулезный аденит, лимфогранулематоз, паховую грыжу.

При туберкулезе лимфатические узлы увеличены в размерах, иногда достигают крупной величины, спаяны между собой, с окружающей клетчаткой и кожей, образуя пакеты. Туберкулезный лимфаденит вызывает перифокальную инфильтрацию, образование свищей и рубцов, что является патогномоничным признаком для туберкулезного поражения узлов. Поражение лимфатических узлов чаще встречается у детей.

Опорными пунктами для диагностики являются результаты внутрикожной реакции на туберкулин и данные биопсии или пункции лимфатического узла.

При лимфогранулематозе лимфатические узлы увеличены, имеют плотную консистенцию, спаяны между собой в пакеты, неболезненны и малоподвижны. При этом заболевании страдает общее состояние организма: наблюдается сильная потливость, волнообразная лихорадка, продолжающаяся в течение многих месяцев и даже лет, характерен кожный зуд. Печень и селезенка увеличены, плотные. Имеются характерные изменения со стороны крови (лейкопения, лимфопения и др.).

Паховая грыжа представляет внешне кожный узел мягкой консистенции. Подвижный, безболезненный без признаков воспаления, легко вправляем в паховое отверстие.

Каждому врачу необходимо выработать сифилидологическую настороженность, шире использовать серологические методы исследования крови, консультации с дерматовенерологами.

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА

Для вторичного периода сифилиса характерен полиморфизм, продолжительность и своеобразие течения. Это способствует еще большему расширению географии диагностических ошибок по сравнению с первичным сифилисом. При вторичном сифилисе наблюдаются различные сифилиды: пятнистый, папулезный, пустулезный, пигментный, алопеция, которые следует дифференцировать со многими заболеваниями.

Итак, пятнистый сифилид (сифилитическая розеола) дифференцируют с:

1) Розовым лишаем, для которого характерно появление различных размеров пятенрозово-красного с желтым оттенком цвета, расположенных вдоль линий натяжения кожи (метамерам); поверхность их покрыта мелкими чешуйками и напоминает гофрированную папиросную бумагу. Заболевание начинается с образования крупного овального пятна размером 2х3 см и более – так называемой материнской бляшки ("медальон"). Высыпания часто сопровождаются зудом. Пятна розового лишая обычно исчезают через 4-6 недель и, как правило, не рецидивируют. Заболевание наблюдается чаще весной и осенью.

2) Отрубевидным лишаем, который не вызывает воспалительных изменений на коже. Чаще наблюдается у лиц с повышенной потливостью и себореей. Локализуется обычно в верхней части туловища (грудь, спина, шея). Пятна разноцветного лишая всегда шелушатся отрубевидными чешуйками, в соскобе которых находят грибок – Pityrosporum ovale. Цвет пятен желто-коричневый с буроватым оттенком (напоминает кофе с молоком). При смазывании пятен 5 % спиртовым раствором йода (проба Бальцера) они выступают более отчетливо и интенсивно окрашиваются в более темный цвет по сравнению с нормальной кожей.

3) Токсидермией. При токсидермии пятна имеют островоспалительный характер, наклонность к слиянию, сопровождаются зудом и шелушением. Высыпания при токсидермии в отличие от сифилитической розеолы локализуются чаще всего в местах естественных складок (подмышечные, подколенные впадины) и разрешаются в среднем через 6 –7 дней. Своевременной диагностике часто помогают анамнестические данные о приеме больным того или иного лекарственного средства (антибиотики, сульфаниламиды и др.) или недоброкачественной пищи (колбаса, рыба, грибы и др.), а также результаты серологического исследования крови на сифилис.

Розеолезная сыпь может наблюдаться при сыпном и брюшном тифе. При них появление розеол сопровождается тяжелыми общими симптомами, высыпания необильны.

Папулезный сифилид следует дифференцировать с:

1) Красным плоским лишаем при котором папулы имеют полигональные очертания, цвет красный с буроватым или синюшным оттенком. Для них характерен восковидный блеск при боковом освещении, пупкообразное вдавление в центре, на поверхности серовато-белый сетчатый рисунок (симптом Уикхема); высыпания сопровождаются сильным зудом. Излюбленная локализация – сгибательные поверхности предплечий, кисти, голени, слизистые оболочки. Папулы плоские обладают периферическим ростом; сливаются образуя группировки в виде колец или бляшки. На местах физического, химического, механического раздражения появляются типичные папулы красного плоского лишая (симптом Кебнера). Течение заболевания длительное – от нескольких месяцев до многих лет.

2) Псориазом. Папулы при псориазе обладают периферическим ростом, сливаются между собой, покрыты серебристо-белыми чешуйками; при поскабливании наблюдается симптом стеаринового пятна, псориатической пленки, точечного кровотечения (псориатическая триада). Излюбленная локализация – разгибательные поверхности конечностей, волосистая часть головы. Течение хроническое, рецидивирующее. При псориазе папулезные высыпания розовато-красного цвета, при прогрессировании псориатического процесса по периферии папул появляется эритематозный ободок, а при регрессировании – депигментированный (псевдоатрофический) ободок. Серологические реакции отрицательные.

3) Остроконечными кондиломами, которые отличаются от широких кондилом тем, что располагаются на тонкой ножке и состоят из отдельных мелких долек, похожих на петушиный гребень. Поверхность их покрыта сосочковыми разрастаниями и по внешнему виду напоминает цветную капусту. Цвет остроконечной кондиломы розовато-красный, кожа в окружности не изменена. Возбудителем остроконечной кондиломы является фильтрующийся вирус. У мужчин кондиломы часто локализуются в венечной борозде полового члена, наружного отверстия уретры, на внутреннем листке препуциального мешка и в области заднего прохода; у женщин – на промежности, на половых губах, вокруг заднего прохода. Остроконечные кондиломы никогда не имеют в основании плотного воспалительного инфильтрата.

4) Геморроидальными узлами. В отличие от вегетирующих папул в области заднего прохода узлы при геморрое бывают болезненны, нередко кровоточат, не имеют плотного инфильтрата; характерно хроническое течение. В сомнительных случаях рекомендуется производить исследование на бледную трепонему и анализ на серологические реакции.

Угревидный сифилид следует дифференцировать с:

Вульгарными (юношескими) угрями, которые отличаются от угревидного сифилида островоспалительным венчиком вокруг пустулы, хроническим течением, болезненностью, наличием камедонов и сальных пробок, локализацией на себорейных участках (лицо, верхняя часть груди, спины). Простые угри обычно появляются в период половой зрелости.

Импетигинозный сифилид дифференцируют с вульгарным импетиго. Импетигинозная пиодермия отличается острым началом, наличием вокруг пустул островоспалительного венчика ярко-красного цвета, отсутствием плотного инфильтрата, сравнительно быстрым течением. На коже лица, волосистой части головы, конечностей образуются пустулы полушаровидной или конической формы, наполненные серо-зеленым гноем. Высыпания сливаются за счет периферического роста. Через несколько дней содержимое пустул ссыхается в желтовато-буроватую корочки, после отпадания которых остаются красноватые пятна.

Сифилитическая лейкодерма. При дифференциальной диагностике следует иметь в виду вторичные (ложные) лейкодермы, которые возникают после лечения отрубевидного лишая. При отрубевидном лишае после облучения солнцем депигментированные пятна локализуются обычно на коже верхней части груди и спины, имеют различную величину, наклонность к слиянию и образованию фестончатых границ, шелушение.

Пигментный сифилид иногда приходится дифференцировать с профессиональной лейкодермой, которая возникает вследствие нарушения пигментообразования в коже под влиянием различных химических веществ (гидрохинон и его производные, тиомочевина). Длительное применение фурациллина может вызвать лейкодерму.

Сифилитическая алопеция, ее следует дифференцировать с 1) гнездной плешивостью, которая отличается прежде всего внезапностью появления. Гнездная плешивость характеризуется наличием чаще небольшого количества (1 – 4) сравнительно крупных очагов облысения, правильных очертаний. Волосы в очагах поражения в отличие от сифилитической алопеции отсутствуют полностью, а по периферии очага представляются расшатанными и легко удаляются. Кожа облысевших участков представляется гладкой и блестящей, напоминает биллиардный шар.

2) с поверхностной трихофитией волосистой части головы, которая встречается в основном у детей. В очагах поражения при трихофитии всегда можно видеть шелушение и коротко обломавшиеся пораженные грибком волосы. При хронической трихофитии волосистой части головы у взрослых одним из постоянных симптомов этого заболевания является наличие мелких (величиной с чечевицу) плешинок с атрофически измененной кожей. Эта картина напоминает "мех, изъеденный молью", однако здесь имеют место стойкие рубцовые изменения в области плешинок.

ТРЕТИЧНЫЙ СИФИЛИС

Бугорковый сифилид дифференцируют с:

1) Туберкулезной волчанкой, которая сопровождается появлением бугорков желто-красного цвета, мягкой консистенции, симптом "зонда" и феномен "яблочного желе" – положительные. Бугорки сливаются, образуя сплошные инфильтраты, а в дальнейшем изъязвляются. Язвы поверхностные, покрыты легко кровоточащими грануляциями. Края их мягкие, неровные, не возвышаются над уровнем кожи. При эпителизации язв образуются сплошные, атрофические рубцы, напоминающие гофрированную бумагу, с развитием патологического процесса на месте рубцов появляются новые бугорки. Туберкулезная волчанка чаще появляется в детском или юношеском возрасте. Серологические реакции отрицательные. Лечение бийохинолом без эффекта.

2) С лепрой. При туберкулоидном типе лепры высыпания представляют собой бляшки, образовавшиеся в результате слияния мелких бугорков с запавшим атрофическим центром и приподнятым валикообразным краем. Существенным отличительным признаком туберкулоидного типа лепры является анестезия (отсутствие температурной, болевой и тактильной чувствительности) в очагах поражения, а также на 9 – 10 см вокруг них отсутствие потоотделения.

Гуммозный сифилид необходимо дифференцировать: 1) со скрофулодермой, которая характеризуется появлением в подкожной клетчатке ограниченных узлов мягкой консистенции, величиной с лесной орех, расположенных по ходу лимфатических сосудов или связанных с лимфоузлами. Узлы сливаются между собой, спаиваются с кожей и вскрываются, как правило, несколькими свищевыми (фистулезными) ходами. Образовавшиеся язвы имеют неправильную форму, их края мягкие, не выступают над уровнем кожи и не инфильтрированы, они как бы подрытые. Содержимое язв гнойное, нередко с примесью крови и крошковатых творожистых масс. Рубцы имеют неправильную форму, папилломатозные образования ("сосочки" и "мостики"). Скрофулодерма чаще встречается в детском и юношеском возрасте. При лабораторном исследовании из отделяемого скрофулодермы удается обнаружить микобактерии, туберкулиновые пробы положительные. Серологические реакции отрицательные.

2) Со спиноцеллюлярным раком, который при изъязвлении может имитировать сифилитическую гумму. Однако неправильная форма язвы, плотные приподнятые или "вывороченные" края, неровное, бугристое дно, отсутствие гуммозного стержня, выраженное деревянистое уплотнение у основания язвы заставляют заподозрить опухолевый процесс.

### Общее течение сифилиса

|  |  |
| --- | --- |
| Этиология | Бледная трепонема |
| Формы | Спиралевидная | Зернистая | L-форма | Цист-форма |
| Течение  | Инкубационный период | Первичный периодСероненативныйСеропозитивный | Вторичный периодСвежийРецидивный | Третичный периодАктивныйЛатентный |
| Комплекс серологических реакций | Отрицательные | Положительные |

### Первиный период сифилиса

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Классифи-кация | Серонегативная форма |  |  | Серопозитивная форма |  |  |
| Серологи-ческие реакции | Реакция Вассермана отрицатель-ная |  |  | Реакция Вассермана положительная |  |  |
| Диагностика | Анамнез | Осмотр кожи и слизистых оболочек | Исследование серума на бледную трепонему | Исследование крови на РВ |  | Конфрон-тация |
| Проявления | Твердый шанкр, типичныйЭрозияЯзва | АтипичныйШанкр-панарицийШанкр-амигдалитИндуратизный отек |  | ЛимфаденитРегионарный | Полиаденит | Лимфангоит (12%) |
| Осложнения | Балянопос-тит | Фимоз | Парафимоз | Гангрени-зация | Фегеденизм |  |
| Дифферен-иальная диагностика | Шанкри-формная пиодермия | Раковая язва | Гуммоно-зная язва | Чесоточная эктима | Генеталь-ный герпес | Травматическая эрозия |

### Вторичный сифилис

|  |  |
| --- | --- |
| Клинические формы | вторичный свежийвторичный скрытыйвторичный рецидивный |
| Анамнез | половой анамнезанамнез болезни |
| Клинические проявления | розеола, папулы, пустулы, везикулы, лейкодерма, алопеция, эритематозная ангина, остатки твердого шанкра, полиаденит, периостит. |
| Разновидности основных элементов | Розеола - свежая, рецидивная, кольцевидная, сливная, эливирующая, уртикарная, зернистая.Папула - милиарные, лентикулярные, монетовидные, псориазиформные, себорейные, мокнущие (эрозивные), широкие кондиломы, роговые.Пустулы - угревидные, оспенновидные, импетигинозные, сифилитическая эктима, сифилитиеская рупия. |
| Локализация проявлений | кожа, слизистые оболочки, кости, суставы, нервная система, внутренние органы |
| Дифференциальный диагноз сифилитической розеолы | токсикодермиямраморная кожарозовый лишайотрубевидный лишайукусы плошиц |
| Диф.диагноз папулезных сифилидов | красный плоский лишайпсориазостроконечные кондиломывульгарное импетигоюношеские угриветряная оспавульгарная оспа |
| Дифференциальный диагноз сифилитической алопеции | кругловидное облысение |
| Лабароторные методы диагностики | обнаружение бледной трепонемыреакция ВассерманаРИФ, РИТисследование ликвора |

### Третичный сифилис

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Стадии | Активная | (РВ+70%)(РИБТ+100%) |  | Скрытая |
| Локализация | Внутренние органы (аорта, печень, желудок, почки, легкие и т.д.) | Кожа и слизистые оболочки | Опорно-двигательный аппарат | Нервная система |
| Клинические проявления | Гуммонозная инфильтрация, гуммы | Бугорки, гуммы, гуммонозная инфильтрация, поздняя розеола | Остеопериостит, остеомиелит, синовит, гидроартроз, остеоартрит | Менингит, менингомиелит, гуммы, спинная сухотка, прогрессирующий паралич |
| Разновидности высыпаний | Бугорковый сифилид:сгруппированный,серпенгируемый,карликовый,площадкой | Гуммы:солитарные,площадкой,околосуставные узловатости |
| Исходэлементов сыпи | Бугорки:рубцовая атрофия,изъязвления,мозаичный рубец или фокусные сгруппированные рубцы | Гуммы:рубцовая атрофия,язва,звездчатый рубец | Поздняя розеола:рубцовая атрофия |
| Выбор заболевания для дифференциальной диагностики | Бугорковый сифилид:туберкулезная волчанка,лепра,лейшманиоз | Гуммы:скрофулодерма,индуративная эритема Базена,раковая язва,трофическая язва,хроническая язвенная пиодермия,актиномикоз |

Литература

1. Венерические болезни. Руководство для врачей. Под ред. О.К.Шапошникова. М.: Медицина, 1991.

2. Дмитриев Г.А., Брагина Е.Е. Современные методы лабораторной диагностики сифилиса. Часть I. Вестн. дерматол. и венерол. 1996; 2: 29 33.

3. Дмитриев Г.А., Брагина Е.Е.Современные методы лабораторной диагностики сифилиса. Часть 2. Вестн. дерматол. и венерол. 1996; 3: 33–8.

4. Дмитриев Г.А., Фриго Н.В. Сифилис. Дифференциальный клинико-лабораторный диагноз М.: Медицинская книга, 2004.

5. Довжанский С.И. Сифилис. Саратов, 1993.

6. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей. В двух томах. Т. 1. Под ред. Ю.К.Скрипкина, В.Н.Мордовцева. М.: Медицина, 1999.

7. Кожные и венерические болезни: учебник. Под ред. О.Л.Иванова. М.: Шико, 2002; с. 325–51.

8. Лосева В.А., Цыганкова Е.П., Макушкина В.К. Ошибки диагностики ранних заразных форм сифилиса. Рос. журн. кожн. и вен. бол. 1999; 4: 15–7.

9. Лосева О.К., Ловенецкий А.Н. Эпидемиология, клиника, диагностика и лечение сифилиса. Руководство для врачей. М., 2000.

10. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. Учебник. Под ред. А.А. Воробьева. М.: Медицинское информационное агентство, 2004.

11. Милич М.В. Эволюция сифилиса. М.: Медицина, 1987.