



ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава Российской Федерации
Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Вторичный сифилис: современные клинические и морфологические аспекты диагностики

Проф. Проценко Т.В., студентка 4 курса Загоруйко В.В.

г. Донецк

10.06.2026 г

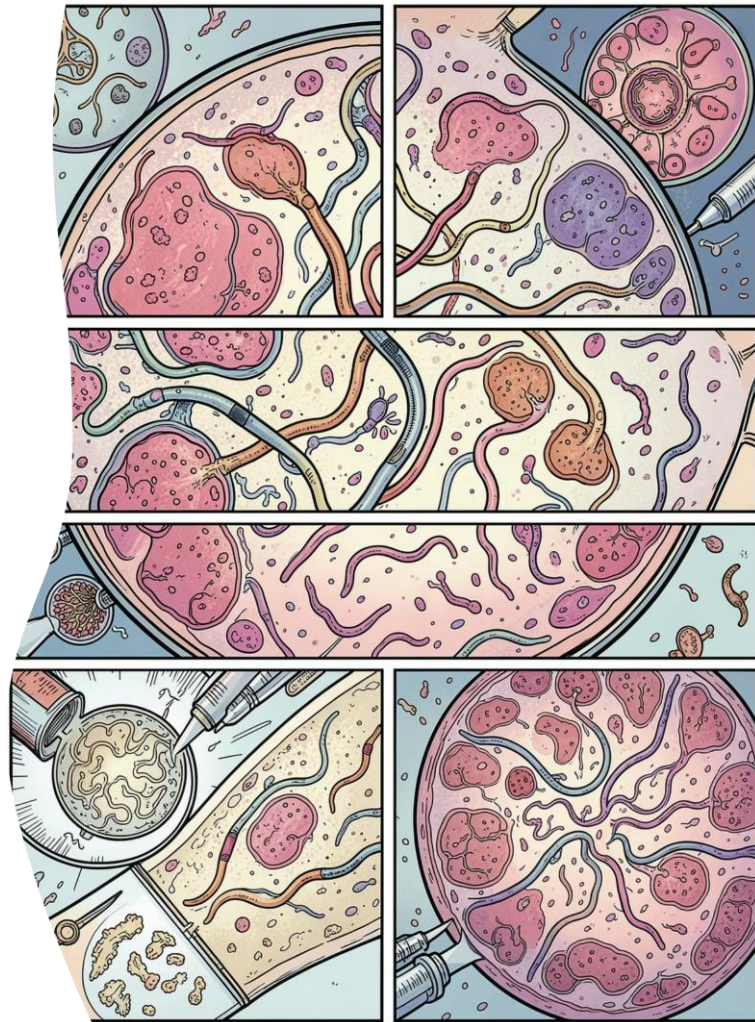
Вторичный сифилис: современные клинические и морфологические аспекты диагностики

Учебная презентация подготовлена для ординаторов по дерматовенерологии. Материал охватывает ключевые вопросы этиологии, патогенеза, клинической семиотики и дифференциальной диагностики вторичных сифилидов согласно современным дерматовенерологическим руководствам (Российские клинические рекомендации, руководство под ред. Ю.Н. Перламутрова, И.Н. Кондраховой, 2020; European guidelines on syphilis, 2021).

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА



Актуальность проблемы

Сифилис остаётся одной из наиболее значимых инфекций, передаваемых половым путём, в глобальном масштабе. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется около **6 миллионов новых случаев** сифилиса среди лиц в возрасте **15–49 лет**. В Российской Федерации отмечается устойчивый рост заболеваемости, особенно в возрастных группах **20–39 лет**.

«Великий имитатор»

Вторичный сифилис способен имитировать более **50 дерматозов** — от псориаза и красного плоского лишая до микозов и лекарственной токсикодермии. Клинический полиморфизм является основной причиной диагностических ошибок.

Рост заболеваемости

С **2015** года в России фиксируется устойчивый рост заболеваемости сифилисом. В **2022** году показатель составил **28,4 на 100 000** населения, что на **18%** выше показателей **2018** года (Росстат).

Поздние осложнения

Несвоевременная диагностика вторичного сифилиса приводит к переходу в третичную форму с развитием нейросифилиса, кардиоваскулярных и висцеральных поражений, необратимых деструктивных изменений органов и тканей.

Диагностические ошибки

По данным многоцентровых исследований, до **30%** случаев вторичного сифилиса первоначально диагностируются как другие дерматозы. Среднее время от появления высыпаний до установления диагноза составляет **6–8 недель**.

Историческая справка и возбудитель

История открытия

Fritz Schaudinn и **Erich Hoffmann** в 1905 году впервые описали возбудителя сифилиса в берлинской клинике Шарите, исследуя материал из первичных сифилитических язв методом тёмнопольной микроскопии. Открытие стало переломным моментом в истории медицины и позволило разработать специфические методы диагностики.

В 1906 году **August von Wassermann** создал первую серологическую реакцию для диагностики сифилиса. В 1943 году **John Mahoney** доказал эффективность пенициллина в лечении сифилиса — это открытие спасло миллионы жизней.

Несмотря на развитие лабораторной диагностики, сифилис остаётся актуальной проблемой XXI века в связи с ростом резистентности, миграционными процессами и снижением онкологической настороженности в отношении ИППП.

Treponema pallidum: биологическая характеристика

- **Морфология:** спиралевидная бактерия длиной 6–20 мкм, диаметром 0,1–0,2 мкм, с 8–14 равномерными завитками. Относится к семейству Spirochaetaceae, роду Treponema.
- **Подвижность:** осуществляет вращательные, поступательные и сгибательные движения благодаря осевым филаментам (эндостиль), расположенным между наружной мембраной и протоплазматическим цилиндром.
- **Культивирование:** не культивируется на стандартных питательных средах. Единственный известный резервуар — организм человека. Возможно культивирование в testicular ткани кролика.
- **Устойчивость:** крайне неустойчив во внешней среде. Погибает при высушивании, нагревании выше 42°C, воздействии дезинфицирующих средств. Сохраняется в замороженном состоянии до нескольких лет.
- **Путь передачи:** преимущественно половой, также трансплацентарный (врождённый сифилис), контактно-бытовой (редко), гемотранфузионный.
- **Инвазивность:** высокая — проникает через интактные слизистые оболочки и микротравмы кожи, быстро диссеминирует лимфогенным и гематогенным путями уже в инкубационном периоде.

Патогенез вторичного сифилиса

Патогенез вторичного сифилиса представляет собой сложный иммунологический каскад, определяющий клинический полиморфизм заболевания. Понимание патогенетических механизмов является ключом к правильной интерпретации клинических проявлений и выбору тактики обследования.



После проникновения *T. pallidum* через кожу или слизистые оболочки развивается местная воспалительная реакция — **первичный аффект (твёрдый шанкр)**. Трепонеми быстро проникают в регионарные лимфатические узлы, а затем — в кровоток. **Гематогенная диссеминация** происходит задолго до появления первичной язвы, что объясняет возможность развития вторичного сифилиса без выявленного шанкра.

Через 6–8 недель после заражения, на фоне формирования гуморального и клеточного иммунного ответа, развивается **вторичный сифилис**. Иммунные комплексы «антиген-антитело» обуславливают васкулиты и периваскулярные инфильтраты в коже и внутренних органах. Периоды обострений чередуются с латентными фазами, что связано с динамикой иммунного ответа и антигенной вариабельностью трепонемы.

Имунопатогенез

- Активация Т-хелперов и макрофагов
- Формирование гранулём в дерме
- Периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты
- Продукция специфических антител (IgM, IgG)
- Иммунные комплексы в стенке сосудов

Морфологическая основа сифилидов

- Прлиферация эндотелия мелких сосудов
- Периваскулярная инфильтрация плазматическими клетками
- Эпителиоидные и гигантские клетки (при бугорковых формах)
- Облитерирующий эндартериит
- Деструкция коллагена с формированием гранулём

Классификация вторичных сифилидов

Вторичные сифилиды отличаются исключительным клиническим разнообразием. Международная классификация болезней (МКБ-10, блок А51) и российские клинические рекомендации выделяют следующие основные морфологические формы высыпаний при вторичном сифилисе:

- 1 Розеолезные сифилиды**
Пятнистые высыпания бледно-розового цвета, не возвышающиеся над уровнем кожи, наиболее ранняя форма вторичного сифилиса. Локализация — преимущественно боковые поверхности туловища, живот, грудь. Диаметр элементов 3–10 мм.
- 2 Папулёзные сифилиды**
Наиболее частая форма вторичного периода. Плотные, инфильтрированные папулы медно-красного цвета с характерным периферическим венчиком шелушения (воротничок Биетта). Различают милиарные, лентиккулярные, нуммулярные и широкие папулы.
- 3 Пустулёзные сифилиды**
Встречаются реже, преимущественно у ослабленных пациентов, при алкоголизме, наркомании, ВИЧ-инфекции. Могут имитировать вульгарные угри, импетиго, оспивидные высыпания. Свидетельствуют о более тяжёлом течении.
- 4 Бугорковые сифилиды**
Ключевая форма для изучения. Глубоко расположенные в дерме узелки (бугорки) диаметром 3–10 мм, плотной консистенции, медно-красного цвета. Склонны к периферическому росту, слианию и изъязвлению с формированием серпигиозных краёв. Разрешаются с образованием рубцов.
- 5 Другие формы**
Сифилитическая лейкодерма («ожерелье Венеры») — депигментированные пятна на боковых поверхностях шеи. Широкие кондиломы — влажные папулы в интритригиозных зонах. Пигментные сифилиды. Гранулематозные формы с системным поражением.

Клиническое значение: Бугорковые сифилиды занимают промежуточное положение между вторичным и третичным сифилисом и могут встречаться как при раннем, так и при позднем вторичном сифилисе. Их наличие требует тщательного обследования на нейросифилис и висцеральные поражения.

Классические диагностические признаки вторичных сифилидов

Распознавание вторичного сифилиса основывается на совокупности клинических признаков, которые в комплексе формируют характерную семиотику заболевания. Знание этих признаков позволяет заподозрить сифилис даже при атипичном течении.



Симметричность высыпаний

Элементы сыпи располагаются симметрично на обеих половинах тела. Это отличает сифилиды от многих других дерматозов с асимметричным распределением (контактный дерматит, опоясывающий лишай).



Медно-красный оттенок

Характерная медно-красная, застойная окраска элементов обусловлена периваскулярным инфильтратом и облитерирующим эндартериитом. При диаскопии — положительный симптом «яблочного желе».



Спонтанное разрешение

Элементы вторичных сифилидов склонны к самостоятельному исчезновению без лечения, что создаёт ложное впечатление выздоровления. Однако трепонема сохраняется в организме, и заболевание прогрессирует.



Генерализованный характер

Высыпания распространены по всему телу, включая ладони и подошвы — зоны, редко поражаемые при большинстве других дерматозов. Генерализация является обязательным признаком вторичного сифилиса.



Отсутствие субъективных ощущений

В отличие от большинства воспалительных дерматозов, сифилиды, как правило, не сопровождаются зудом или болезненностью. Это важный дифференциально-диагностический признак.



Генерализованный лимфаденит

Увеличение лимфатических узлов различных групп (шейные, подмышечные, паховые, локтевые — симптом Поте) является постоянным спутником вторичного сифилиса. Узлы плотные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями.

Сифилитическая розеола и папулёзный сифилид

Сифилитическая розеола

Является наиболее ранним проявлением вторичного сифилиса, появляется через 8–10 недель после заражения. Представляет собой **бледно-розовые пятна** диаметром 3–10 мм, не возвышающиеся над уровнем кожи, с нечёткими границами.

Локализация: преимущественно боковые поверхности туловища, живот, грудь, реже — конечности. Элементы не сливаются, при надавливании бледнеют. Шелушение отсутствует.

Дифференциальная диагностика: розовый лишай Жибера, лекарственная токсикодермия, вирусные экзантемы, каплевидный псориаз. Ключевое отличие — отсутствие шелушения и субъективных ощущений, симметричность, наличие лимфаденита.

Диагностика: при диаскопии розеола полностью исчезает (в отличие от пигментных пятен). Реакция Вассермана и РМП — резко положительная.

Папулёзный сифилид

Наиболее частая форма вторичного периода, встречающаяся у 80% пациентов. Папулы плотные, инфильтрированные, с чёткими границами, медно-красного или буроватого цвета.

Морфологические варианты:

- **Милярные** — мелкие (1–2 мм), фолликулярные, напоминают угри
- **Лентикулярные** — чечевидные, 3–5 мм, наиболее типичны
- **Нуммулярные** — монетовидные, до 1 см, с центральным шелушением
- **Широкие папулы** — крупные, мокнущие, в интертригинозных зонах

Симптом воротничка Биетта: венчик отслаивающегося эпидермиса по периферии папулы — патогномичный признак сифилиса. При диаскопии — буровато-жёлтое окрашивание («яблочное желе»).

Локализация: туловище, конечности, лицо, ладони и подошвы, слизистые оболочки (папулёзный сифилитический стоматит).

Ладонно-подошвенные сифилиды и широкие кондиломы

Ладонно-подошвенные сифилиды

Высыпания на ладонях и подошвах являются **высокоспецифичным диагностическим признаком** вторичного сифилиса, поскольку эти зоны редко поражаются при большинстве других дерматозов. Встречаются у 50–75% пациентов со вторичным сифилисом.

Клинические проявления:

- Медно-красные или буроватые пятна и папулы
- Плотная консистенция, чёткие границы
- Характерное воротничковое шелушение по периферии
- Возможна гиперкератотическая форма с выраженным шелушением
- При диаскопии — симптом «яблочного желе»

Дифференциальная диагностика: ладонно-подошвенный псориаз (симметричные бляшки с серебристым шелушением, зуд), микоз стоп (асимметрия, положительный грибковый тест), дисгидротическая экзема (зуд, везикулы), рожистое воспаление (острое начало, лихорадка, эритема).



Клиническая ловушка: Гиперкератотические формы ладонно-подошвенных сифилидов нередко расцениваются как псориаз или микоз. При любом хроническом дерматозе ладоней и подошв с неясной этиологией необходимо исключить сифилис серологически!

Широкие кондиломы (*Condylomata lata*)

Представляют собой особую форму папулёзного сифилида, локализованного в местах мацерации и трения — **интертригинозных зонах:** перианальная область, половые органы, паховые складки, под молочными железами, межпальцевые промежутки.

Клиническая картина:

- Широкие (1–3 см), плоские или полушаровидные папулы
- Мокнущая, мацерированная поверхность
- Серо-белый или розовый налёт
- Резко выражена инфильтрация основания
- Высокое содержание трепонем в отделяемом — максимальная контагиозность

Дифференциальная диагностика с остроконечными кондиломами (ВПЧ):

Признак	Широкие (сифилис)	Остроконечные (ВПЧ)
Поверхность	Мокнущая, эрозированная	Сухая, бородавчатая
Консистенция	Плотная, инфильтрированная	Мягкая
Цвет	Медно-красный, серый	Телесный, розовый
Серология	Резко положительная	Отрицательная
Контагиозность	Очень высокая	Умеренная

Бугорковые сифилиды: клиническая характеристика и диагностика

Бугорковые сифилиды (*tuberculum syphiliticum*) — одна из наиболее клинически значимых форм вторичного периода, занимающая промежуточное положение между типичными вторичными и третичными проявлениями сифилиса. Их распознавание требует высокого уровня клинической настороженности.

Морфология и клинические признаки

Бугорки представляют собой **глубоко расположенные в дерме узелки** диаметром 3–10 мм, плотной консистенции, медно-красного или буроватого цвета с синюшным оттенком. Поверхность гладкая, блестящая, иногда с телеангиэктазиями. Характерно **периферическое распространение** с центральным разрешением и формированием серпигиозных, гирляндобразных чертаний. Элементы склонны к слиянию с образованием бляшек и последующему изъязвлению.

Гистоморфология

Биопсия выявляет **гранулематозное воспаление** в дерме: эпителиоидные клетки, гигантские клетки Лангханса и Пирогова–Лангханса, лимфогистиоцитарный инфильтрат с преобладанием **плазматических клеток**. Характерен облитерирующий эндартериит. При окраске по Левадити возможно выявление трепонем (хотя чувствительность низкая). Дифференцировать необходимо от туберкулёзной волчанки, саркоидоза, гранулёмы лица.

Локализация и течение

Преимущественная локализация: **лицо (особенно нос, щёки, лоб), верхняя часть спины, область лопаток, разгибательные поверхности конечностей**. Разрешение бугорков происходит медленно с образованием **атрофических или гипертрофических рубцов** с гиперпигментацией по периферии — это отличает их от других вторичных сифилидов, не оставляющих рубцов. Рецидивы возможны в течение нескольких лет.

Лабораторная диагностика

Обязательный алгоритм: **нетрепонемные тесты** (МПП, RPR, VDRL) — скрининг и контроль лечения; **трепонемные тесты** (РПГА, ТРНА, ИФА, иммуноблот) — подтверждение диагноза. При бугорковых формах **titres** могут быть умеренно **elevated**. При подозрении на нейросифилис — люмбальная пункция с исследованием ликвора (цитоз, белок, VDRL-реакция). ПЦР-диагностика из биоптата — при атипичных формах.

- 🔑 **Ключевой диагностический алгоритм:** При выявлении бугорковых высыпаний с серпигиозным ростом и рубцеванием — немедленно назначить МПП + РПГА. При положительном результате — определить **titres**, обследовать на ВИЧ, гепатиты, провести оценку на нейросифилис. Начать терапию бензилпенициллином 2,4 млн ЕД в/м однократно (при раннем сифилисе) или курсом по схеме позднего сифилиса.

Дифференциальная диагностика и принципы лечения

Дифференциальная диагностика бугорковых сифилидов

Клинический полиморфизм бугорковых сифилидов требует проведения развёрнутой дифференциальной диагностики с рядом гранулематозных дерматозов:



Туберкулёзная волчанка (**Lupus vulgaris**)

Наиболее сложная дифференциальная диагностика. Туберкулёзные бугорки — «яблочного желе» при диаскопии, но расположены более поверхностно. Т-клеточные реакции (Диаскин-тест, квантифероновый тест) положительны. Трепонемные тесты отрицательны. Гистология: казеозный некроз, туберкулёзные гранулёмы.



Саркоидоз (озноблённая волчанка)

Плотные бляшки и узлы красновато-коричневого цвета. Гистология: «голые» саркоидные гранулёмы без казеозного некроза. Повышение АСЕ в сыворотке, поражение лёгких (рентгенография ОГК). Трепонемные тесты отрицательны.



Гранулёма лица (**Granuloma faciale**)

Единичные бляшки на лице, преимущественно у мужчин среднего возраста. Гистология: гранулематозный инфильтрат с эозинофилами. Не изъязвляется. Серология на сифилис отрицательна.



Глубокие микозы, лейшманиоз

При соответствующем эпидемиологическом анамнезе (эндемичные регионы). Микологическое исследование, ПЦР, гистология с PAS-окраской. Серология на сифилис отрицательна.

Принципы лечения вторичного сифилиса

Препарат выбора: Бензилпеницилина натриевая соль (водорастворимый пенициллин) или бензатин бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен).

- **Ранний вторичный сифилис (до 1 года):** Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м однократно
- **Поздний вторичный сифилис (более 1 года):** Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в неделю, 3 инъекции
- **При нейросифилисе:** Водорастворимый пенициллин 2–4 млн ЕД в/в каждые 4 часа, 14 дней

При аллергии на пенициллин: Доксциклин 100 мг 2 раза в сутки, 14–28 дней (в зависимости от стадии); или Цефтриаксон 1 г в/м 1 раз в сутки, 14 дней.

Реакция Яриша–Герксгеймера: Острая воспалительная реакция в первые 24 часа после введения пенициллина (лихорадка, озноб, усиление высыпаний). Обусловлена массивной гибелью трепонем. Купируется НПВП, не является показанием к отмене антибиотика.

Контроль эффективности: Серологический мониторинг (РМП/RPR) через 3, 6, 12 месяцев после лечения. Четырёхкратное снижение титра — критерий успешной терапии.



Диспансерное наблюдение: При вторичном сифилисе — не менее 2 лет с серологическим контролем каждые 3 месяца в первый год и каждые 6 месяцев во второй год.

Благодарим за внимание