

ФГ БОУ ВО Дон ГМУ МЗ России
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Клинический случай сочетанной патологии псориаза и сифилиса

**доц. Тахташов И. Р.,
доц. Корчак И.В.**

**г.Донецк
11.02.2026 г.**

Актуальность

В настоящее время отмечается рост заболеваемости сифилисом (на 38,1% в 2021 г. в сравнении с 2020 г.), его поздних форм, нередко отмечается патоморфоз клинических проявлений, имеющие сходные черты со многими кожными заболеваниями, и псориаза в том числе. С другой стороны, заболеваемость псориазом в 2021 г. также увеличилась на 13%.

В такой эпидемиологической ситуации увеличивается вероятность сочетания сифилиса и псориаза и необходимость проведения дифференцирования псориазиформных сифилидов и псориазических высыпаний становится более актуальной.

Признаки поражения

Диагноз необходимо устанавливать на совокупности данных анамнеза (наследственность, давность возникновения псориаза, результаты его лечения, длительность ремиссии, факторы, способствующие появлению обострения, данные полового анамнеза, обследования половых партнеров), клинического осмотра, данных результатов серологического обследования и др.

Папулезный сифилид

Узелковый (папулезный) сифилид - округлой формы, с четкими границами, плотная на ощупь, поверхность гладкая; давление на центр узелка тупым зондом вызывает резкую болезненность (симптом Ядассона). В дальнейшем в центре папулы появляется шелушение, которое постепенно распространяется по периферии, образуя краевое шелушение ("воротничок Биетта").

Различают папулезный сифилид:

- милиарный;
- лентикулярный;
- нуммулярный;
- бляшечный (сливной).

Дифференциальная диагностика сифилитических и псориатических папул

Если у пациента, по достоверным данным, существовал псориаз, при проведении дифференциальной диагностики сифилитических папул с псориатическими необходимо отметить, что обострение характеризуется появлением мелких папул розово-красного цвета с четкими границами, округлой формы, склонных к слиянию в бляшки (вплоть до эритродермии). Поверхность папул покрыта мелкими серыми рыхлыми чешуйками, легко отделяющимися при поскабливании.

Клинический случай

Больной А., 69 лет, житель крупного города, пенсионер, направлен в РККВД с диагнозом «псориаз, сифилис?»

Жалобы на поражения ногтей пластинок рук и ног, высыпания на коже верхних, нижних конечностей, сопровождающиеся болезненностью.

Анамнез: Кожных болезней у родственников не отмечает. Болеет псориазом около 7-10 лет, обострения в осенне-зимний период 1-2 раза в год, При госпитализации в КВО по месту жительства 3 года назад выявлены РСК с кардиолипидным антигеном слабоположительная 2+, с трепонемным антигеном слабоположительная 2+, МРП слабоположительная 2+. Занимался самолечением.

Клинический случа

Обследован повторно. Выявлены: РСК с кардиолипидным антигеном положительная 4+ (т.1:80), с трепонемным антигеном положительная 4+, МРП положительная 4+ (т.1:8), РИФ)-200 и РИФ-абс. положительная 4+ двукратно с интервалом в 14 дней.

Осмотрен смежными специалистами: ЛОР-врач патологии не выявил; врач-невролог при осмотре неврологической симптоматики нет; врач-терапевт - без патологии; врач-окулист: глазное дно в норме.

Половой анамнез. Холост. Половая связь 2,5-3 года назад с малознакомой женщиной. Имени и адреса не знает.

Бытовых контактов нет – живет один.

Клинический случай

Status localis: процесс поражения локализуется на коже передней поверхности голеней, ладоней и стоп, и представлен четко ограниченными эритематозными, резко инфильтрированными бляшками, диаметром от 5,0 до 30,0 см с наличием на этом фоне обильной до 0,3-0,5 см пустулезной сыпи с наличием белесовато-желтого цвета гнойного содержимого напластованием чешуек серебристо-белого цвета.

Кожа концевых фаланг кистей и стоп отечна, резко гиперемирована, инфильтрирована с наличием глубоких трещин. Выражен онихолизис кистей и стоп, определяется гнойное отделяемое.

Паховые и периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Перианальная область свободна от специфических высыпаний.

Клинический случай

Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по мужскому типу, свободны от специфических высыпаний.

Псоориатическая триада положительная.

Симптом Кебнера положительный.

От исследования спино-мозговой жидкости пациент отказался.

РСК с кардиолипиновым антигеном пол.3+, с трепонемным антигеном пол.3+(т.1:5), МРП пол.3+ (т.1:2). РИФ -200 и –абс. пол.3+, РПГА пол.

Диагноз:

Сифилис скрытый поздний.

Соп. Распространенный пустулезный псориаз с преимущественным поражением ладоней и подошв. Прогрессирующая стадия. PASI – 18,2 б

Клинический случай

Терапию сифилиса скрытого позднего проводили в соответствии с Клиническими рекомендациями «Сифилис» министерства здравоохранения РФ:

1-ый курс - бензилпенициллина натриевая соль по 1 000 000 ЕД каждые 4 часа внутримышечно в течение 28 суток.

Реакция обострения Герксгеймера–Яриша–Лукашевича отрицательная.

Для лечения псориаза назначены витамины группы В, метотрексат по 36-часовой методике. Наружно лечения псориаза бетаметазон крем 2 раза в день, 5% салициловую мазь 2 раза в день.

Выводы

Таким образом у данного пациента возникли трудности при дифференциальной диагностике высыпаний псориатического и сифилитического процесса, появилась необходимость уточнить клиническую форму сифилиса, установить характер высыпаний (сифилитические или псориатические элементы). Одним из подтверждающих тестов неспецифичности высыпаний являются данные анамнеза, отрицательная реакция обострения Герксгеймера–Яриша–Лукашевича на начало пенициллинотерапии, отсутствие резкой положительной динамики при проведении антибиотикотерапии.

Спасибо за внимание