

## ЛЕКЦІЇ

УДК 616.972-039.1

## ПЕРВИННИЙ ПЕРІОД СИФІЛІСУ

Р.Ф.Айзятұлов

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького*

## НАВЧАЛЬНІ ТА ВИХОВНІ ЦІЛІ:

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

## ЗНАТИ:

- клінічні прояви первинного періоду сифілісу та особливості сучасного перебігу;
- діагностичні критерії проявів первинного сифілісу та його ускладнень.

## УМІТИ:

- правильно зібрати анамнез у хворого на первинний період сифілісу;
- провести дерматологічні дослідження клінічних проявів первинного періоду сифілісу;
- 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

**Інкубаційний період.** Проміжок часу від моменту зараження до появи на шкірних покривах і слизових оболонках перших ознак хвороби. Середня тривалість складає 3-4 тижнів.

**Первинний сифіліс (syphilis primaria, syphilis i, lues I).** Розпочинається із появи на місці зараження первинної сифіломи (syphiloma primaria), або твердого шанкера (ulcus durum). Зустрічаються випадки розвитку сифілісу без появи шанкера (syphilis d'emblee), що спостерігається при природженому, трансфузійному сифілісі (трансфузії зараженої крові), внаслідок порізів (під час подання лікарем оперативної допомоги хворому на сифіліс, коли інфекція безпосередньо потрапляє у кров). При цьому, через 2-2,5 місяців після зараження з'являється висип вторинного свіжого сифілісу. Виділяють первинний серонегативний сифіліс (syphilis primaria seronegativa), коли серологічні реакції у крові негативні, а діагноз сифілісу підтверджується знаходженням блідих трепонем з поверхні первинної сифіломи або у пунктаті регіонарних лімфатичних вузлів і первинний серопозитивний (syphilis primaria seropositiva) - серологічні реакції в крові позитивні, що відбувається в середньому через 3-4 тижні після появи твердого шанкера. Для підтвердження діагнозу проводять конфронтацію (обстеження особи, від якої можливе було зараження).

**Первинна сифілома (syphiloma primaria).** На місці занесення блідих трепонем спочатку виникає червона запальна пляма, яка через декілька днів перетворюється в відмежований щільний вузлик, який не викликає суб'єктивних відчуттів. Вузлик ерозується або перетворюється на виразку. Твердий шанкер має чітко обмежену округлу або овальну форму з блюдцеподібними краями. Розміри 10-20 мм у діаметрі. Дно

гладеньке, блискуче (“лаковане дно”), червоне як ”сире м’ясо“ або брудно-сіре як ”зіпсоване сало“. Виділення з поверхні шанкеру у невеликій кількості серозне, трохи мутнувате. При захопленні і стисненні шанкеру між кінцями великого і вказівного пальців в основі промацується щільно-еластичний пластинчастий (листовидний) інфільтрат (нагадує консистенцію вушної раковини), який заходить за межі сифіломи на 1-2 мм. Гострозапальні явища та болізність відсутні. Поступово індурація шанкера розсмоктується. *Ерозійний твердий шанкер* епітелізується протягом 3-5 тижнів, залишаючи після себе пляму, яка потім зникає. При забрудненні і роздратуванні припікаючими засобами (розчин діамантового зеленого, йоду, ляпісу) можлива трансформація ерозії у виразку. *Сифілітична виразка* виповнюється грануляціями і заживає рубцем темно-червоного, а потім світлішого кольору. Сифілітична виразка має більш тривалу течію (6-10 тижнів). Заживає пігментним, потім депігментним рубцем і залишається на все життя. Спостерігається у осіб з супутніми хворобами (анемія, малярія, туберкульоз), інтоксикаціями (алкоголізм, наркоманія). Щільність шанкеру не завжди зникає після його заживання, а іноді залишається на тривалий час. У разі приєднання вторинної інфекції визначається більш яскраве забарвлення, набряклість, гнійне виділення, болізність первинної сифіломи і регіонарних лімфатичних вузлів. Найчастіше тверді шанкери окремі, рідше - множинні (3-5 і більш). За розмірами виділяють: *карликовий шанкер* - діаметр 1-3 мм, виникає на шкірі в місцях розвиненого фолікулярного апарату; *гігантський* - діаметр 1,5-2 см і більш, локалізується переважно на лобку. По локалізації розрізняють: *генітальні* шанкери (у чоловіків локалізуються на вінцевій борозні, крайній плоті, головці статевого члена, шкірі мошонці, лобкі; у жінок – на великих і малих статевих губах, кліторі, рідше шийці матки, промежині,

піхви); *перигенітальні* (анальні); *екстрагенітальні* (язик, мигдалики, губи рота а також інші ділянки шкіри і слизових оболонок). Залежно від місця розташування твердий шанкер має свої клінічні особливості: на головці статевого члена - округла форма; на внутрішньому листку крайньої плоті, у вінцевій борозні підіймається над поверхнею шкіри (симптом “козирки”); в області прилеглих поверхонь геніталій - шанкери-“відбитки” (шанкри, що “цілюються”); в кутках рота та біля заднього проходу вигляд довгастої тріщини; на грудному соску як півмісяць.

**Лімфаденіт, регіонарний склераденіт, супровідний бубон (scleradenitis specifica, bubo syphiliticus).** В середньому через 5-8 днів після появи первинної сифіломи збільшуються щільні регіонарні лімфатичні вузли (“вірний супутник” твердого шанкра, його “тінь”). Бліді трепонеми з твердого шанкера проникають у найближчі лімфатичні вузли і судини. Розвиваються ті ж інфільтративні процеси, що і у основному вогнищі ураження. *Особливості регіонарного склераденіту:* виникає на стороні розташування твердого шанкера (нерідко може спостерігатися на протилежній стороні - перехресний бубон); лімфатичні вузли мають овоїдну форму, збільшені в розмірах від квасолі до лісового горіха і більш; розташовані в ланцюжок - при видаленні від твердого шанкера розміри зменшуються (один-два вузли завжди бувають більшими ніж інші - перші, куди проникають бліді трепонеми); не спаяні один з одним і навколишніми тканинами, рухливі під незміненою шкірою, мають щільно-еластичну консистенцію, безболісні, не запалені. При локалізації первинної сифіломи на зовнішніх статевих органах збільшуються пахвинні лімфатичні вузли, на пальцях і кистях – ліктьові або пахвові, на верхній губі - підщелепні, на нижній губі - шийні або підщелепні і т.д. Без специфічного лікування лімфаденіт зберігається протягом декількох місяців, а потім регресує. У разі приєднання вторинної

інфекції, спостерігаються запальні явища (гіперемія, набряк, болісність, періаденит).

**Регіонарний лімфангоїт (lymphangoitis).** Запалення лімфатичної судини, яка знаходиться між твердим шанкером і регіонарним склераденітом. Розвивається одночасно з супутнім бубоном. Частіше виникає при локалізації твердого шанкера у чоловіків на головці статевого члена, вінцевої борозни, на спинці статевого члена (дорсальний лимфангоїт). Має вигляд твердого тяжа, товщиною з гусяче перо або олівець, не спаяного з навколишніми тканинами. Шкіра над ним не змінена. При пальпації по протягу лімфатичної судини визначаються безболісні, окремі чоткообразні вузлики. Явища лимфангоїта піддаються зворотному розвитку безслідно.

**Поліаденіт (poliadenitis specifica).** Після виникнення регіонарного склераденіта поступово уражаються і інші, віддалені лімфатичні вузли (шийні, підщелепні, пахвові, ліктьові та інші). Вони збільшуються менш ніж регіонарні лімфатичні вузли, рухомі, не спаяні з навколишніми тканинами і шкірою, щільно-еластичної консистенції, безболісні.

**Атипові прояви твердого шанкера.** *Індуративний набряк (oedema indurativum).* Локалізується в місцях, де багато лімфатичних судин (у чоловіків - крайня плоть, мошонка, у жінок - великі статеві губи, клітор). Спостерігаються набряк, ущільнення шкіри, розпливчаті межі, червоно-синюшний колір, безболісність. При натисканні на поверхні ураження ямки не залишається. Розвиток індуративного набряку пояснюється поразкою лімфатичних судин у глибині тканини даної області. Без специфічного лікування може існувати багато тижнів (місяців) і супроводжувати твердий шанкер або бути самостійно, аж до вторинного періоду сифілісу. *Шанкр-амігдаліт (chancre-amygdalitis).* Виділяють клінічні форми: виразкова - мигдалика збільшена, щільна, на поверхні овальна

виразка з пологими краями, кольор "сирого м'яса", слизкова оболонка навкруги гиперемована, болісна; ангіноподібна - мигдалика збільшена, мідно-червоного кольору, щільна, безболісна, температура нормальна, стан задовільний; комбінована - виразкова форма на фоні ангіноподібної. Супроводиться однобічним збільшенням підщелепних та шийних лімфатичних узлів. *Шанкр-панарицій (chancre-panarici).* Локалізується на нігтьовій фаланзі переважно вказівного пальця або дистальні фаланги 1, 2, 3 пальців (пояснюється функціональною активністю цих пальців). З'являються набряк, ущільнення, багрово-синюшне забарвлення. Утворюється глибока, помірно тверда, підковоподібної форми навкруги нігтя виразка аж до кістки з роз'їденими краями і зритим дном, вкритим брудним червонувато-сірим розпадом, яка тривало не заживає. Суб'єктивно стрілячий біль, загальна слабкість, нездужання, підвищення температури. Збільшуються периферичні лімфатичні вузли (ліктьові, пахвові). Спостерігається серед медичних працівників (професійний контакт у стоматологів, хірургів, патологоанатомів, гінекологів, лаборантів).

**Ускладнення твердого шанкера.** *Ерозійний баланіт (balanitis erosiva).* На головці статевого члена виникає почервоніння, набряк, мацерація, ерозії, серозно-гнійне виділення. *Ерозійний баланопостит (balanoposthitis erosiva).* На головці статевого члена, крайній плоті визначаються гіперемія, набряк, мацерація, ерозії, звуження отвору препуціального мішка, серозно-гнійні виділення. *Фімо́з (phymosis).* При локалізації первинної сифіломи на внутрішньому листку крайньої плоті, у вінцевій борозні, статевий член збільшується, набуває форму "язика дзвона". З'являються гіперемія, набряк, болісність, а з отвору препуціального мішка виділяються гнійні виділення. Розвиваються звуження препуціального мішка і неможливість виведення головки статевого члена.

Нерідко через набряклу крайню плотть вдається промацати обмежене ущільнення. *Парафімоз або удавка (paraphimosis)*. При розташуванні твердого шанкера на внутрішньому листку крайньої плоті, головка статевого члена здавлена запаленою крайньою плоттю за вінцевою борозною. Унаслідок порушення крово- і лімфообігу збільшується набряк. У разі невчасного надання медичної допомоги може виникнути некроз або гангрена тканин головки статевого члена, крайньої плоті. Тому, необхідно вправити головку статевого члена, для чого стерильною голкою багато разів проколюється шкіра крайньої плоті з метою відтоку серозної рідини і зменшення набряку, а потім проводиться “управління” головки статевого члена. За відсутності ефекту виникає необхідність хірургічного втручання (розсікання крайньої плоті). *Вульвіт (vulvitis)*. Внаслідок приєднання піококкової інфекції на великих статевих губах визначаються почервоніння, набряк, гнійне відділення, ерозії. Спостерігається свербіж, печіння. *Вульвовагиніт (vulvovaginitis)*. Відзначається гіперемія, набряк слизової оболонки піхви, гнійні виділення, свербіж, печіння. *Твердий шанкер гангренозний (ulcus durum gangraenosum)*. Розвивається у ослаблених супутніми хворобами пацієнтів (гепатит, цукровий діабет, цироз печінки, злоякісні новоутворення), у хворих з інфекційними захворюваннями (малярія, туберкульоз), у осіб з інтоксикаціями (алкоголь, нікотин, наркоманія). Підвищується температура тіла, з'являються головний біль, остуда. При легкій течії у центрі первинної сифіломи утворюється невеликий, різко обмежений сірувато-бурий поверхневий некроз, який через декілька днів відпадає. При важкому перебігу некроз захоплює всю поверхню твердого шанкера і розповсюджується у глибину. Розвивається довго не зникаючий чорний струп. Після відторгнення утворюється глибока виразка з гнійно-кров'яним відділенням, яка потім рубцюється. Особливістю є не розповсюдження

некрозу за межі первинної сифіломи. *Твердий шанкер фагеденічний (ulcus durum phagedenicum)*. Характерна прогресуюча течія з розповсюдженням процесу по периферії і в глибину, переходом некрозу на здорову тканину. Відбувається значне руйнування як навколишніх, так і підлягаючих тканин крайньої плоті, головки статевого члена, уретри та інших ділянок, що нерідко викликає сильні кровотечі.

#### **Диференційна діагностика.**

Твердий шанкер ерозійний. *Пухирчастий лишай (herpes simplex)*. Відзначається гострим перебігом. З'являються згруповані пухирці з серозним вмістом, набряк, гіперемія, сверблячка, паління, біль. Пухирці розкриваються і появляються рожеві ерозії з дрібнофестончастими обрисами та обривками покришок пухирців, серозним відділенням, м'якою основою. При герпесі одужання настає через 3-5 днів. Типовим являється хронічна рецидивуюча течія. *Травматичні ерозії (розчухи, порізи волосом)*. Виникають в області зовнішніх статевих органів, в нижній частині живота, на стегнах після бурхливих або насильних статевих стосунків. Ерозії мають лінійну форму, гіперемовані, набряклі, м'якої консистенції, болісні. Характерне швидке заживання, відсутність супровідного склераденіта, негативні результати дослідження виділення на бліді трепонемі. *Ерозійний баланіт, баланопостит (balanitis, balanoposthitis erosiva)*. Після обробки саднин, екскоріацій на шкірі головки статевого члена, крайньої плоті припікаючими засобами (розчин йоду, діамантової зелені) можуть з'являтися набряк, гіперемія, різної величини і форми, яскраво-червоні болісні ерозії без ущільнення у підстави, з схильністю до злиття. Після примочок з фізіологічним розчином вони швидко епітелізуються. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшуються. *Трихомонадні ерозії*. У чоловіків виявляється клінічна картина баланіту або баланопоститу: гіперемія, набряк, неправильної форми яскраво-

червоні ерозії з нерівними контурами, гнійним нальотом і м'якими, підритими краями. У жінок в області шийки матки, на статевих губах визначаються м'які ерозії. При мікроскопічному дослідженні виявляються трихомонади.

**Твердий шанкер виразковий.** *М'який шанкер (ulcus molle).* Розташовується у чоловіків на заголовковій борозні, уздечці, на краю препуціального мішка; у жінок на статевих губах і в ділянці задньої спайки. Після інкубаційного періоду (через 2-3 дні, рідше від 2 тижнів до 5 місяців) з'являється червона пляма, яка потім переходить у пухир, що швидко стає великим. Вміст пухира через кілька годин стає каламутним. Пізніше утворюється неправильної форми, болюча, діаметром 1-2 см виразка з червоними, м'якими, нерівними, підритими краями і гнійно-кров'яним віділенням. Внаслідок аутоінокуляції виникає велика кількість виразок, які рубцуються через 3-4 тижні. Лімфатичні вузли збільшуються на 3-4 тижні після появи виразки, спаюються між собою і з навколишньою шкірою. Характерні гострі запальні явища періаденіта. Шкіра над лімфатичними вузлами стає яскраво-червоною, розм'якшується і розкривається з гнійно-кров'яним віділенням. Порушується загальний стан. З'являються нездужання, підвищення температури, болісність. При мікроскопічному дослідженні віділення з поверхні виразки виявляються стрептобацили Петерсена. *Туберкульоз шкіри виразковий (tuberculosis cutis ulcerosa)* Буває у людей з активним туберкульозом легенів, кишечника, нирок. Ураження локалізується в області природних отворів (порожнина рота, червона кайма губів, статеві органи, ніжна частина прямої кишки, зовнішній отвір уретри), куди можуть проникати мікобактерії туберкульозу по лімфатичних судинах, з мокротою хворого, сечею з уражених нирок, екскрементами з кишок. Утворюється болюча виразка неправильної форми, розміром до кількох сантиметрів.

Края м'які, полі циклічні, підриті, лівідного кольору. На поверхні виразки відзначаються зернисті жовті крапки (зерна Trelat), слизисто-гнійне віділення. Віділення сукровичне незначне. По периферії виразки дрібні, жовтуваті туберкульозні горбики в стадії казеозного розкладу. Лімфатичні вузли збільшені, м'якої консистенції. При мікроскопічному дослідженні виявляються мікобактерії туберкульозу. *Спіноцелюлярна епітеліома (epithelioma spinocellulare).* Характеризується тяжким перебігом і уражає людей старших за 40 років. Розвивається на нормальній шкірі або на рубцях після опіків, туберкульозу шкіри, які довго не загоюються, на ділянках старечого кератозу. Локалізується на обличчі, навколо очей, на губах, на статевих органах. Спочатку в товщі шкіри виникає щільний вузлик величиною з горошину і гіперемічним обідком навколо. Вузлик збільшується і на ньому з'являється болюча, неправильної форми виразка. Края виразки підвищені, ніби вивернуті, щільні. Виразка збільшується з захопленням розміщених під нею тканин і може визвати значні руйнування. Пізніше збільшуються регіонарні лімфатичні вузли, які стають щільними, спаюються один з одним і навколишніми тканинами. При гістологічному дослідженні знаходять атипове розростання епітелію за рахунок клітин шиповидного шару.

#### **Продромальні явища.**

Спостерігаються у кінці первинного періоду сифілісу (в середньому за 7-10 днів до появи висипів вторинного періоду сифілісу). У 15-20% пацієнтів (частіше у жінок і ослаблених пацієнтів), унаслідок гематогенної дисемінації спостерігаються нездужання, трата апетиту, похудання, підвищення температури тіла до 39-40<sup>0</sup>С, лихоманка. Характерні для сифілітичної інфекції є постійні болі голови, болі в кістках, суглобах, м'язах, що посилюються під вечір і вночі. При дослідженні загального аналізу крові виявляються зменшення вмісту гемоглобіну кількості еритроцитів, збільшується число

лейкоцитів та еозинофілів (10-15%). Продромальні явища не є строго обов'язковими. У більшості частини пацієнтів вони відсутні і в кінці первинного періоду загальний стан у них залишається задовільним.

*В останні роки відзначаються особливості перебігу первинного періоду сифілісу:* частішали випадки екстрагенітальних шанкерів з локалізацією у порожнині рота, на мошонці, анальній і періанальній області; спостерігається збільшення числа первинних сифілом, що протікають як ерозійний баланіт і баланопостит; зустрічаються карликові шанкери у вигляді дрібних ерозій і подряпин з незначною інфільтрацією; частіше первинна сифілома комбінується з герпес-вірусною, бактерійною, грибковою інфекцією і коростою (масковані форми твердого шанкера); виявляються ускладнення твердого шанкера - фімоз, парафімоз у чоловіків та вульвіт і

вульвовагиніт у жінок; відмічається менш виражена хрящева щільність первинної сифіломи або повна його відсутність; спостерігається рання реакція лімфатичних вузлів; в одних випадках регіонарний склераденіт є попереду шанкера, а в інших виникає одночасно з його появою нерідко незначно виражений або повністю відсутній; зустрічаються випадки гіперергічної реакції з збільшенням та запальним характером лімфатичних вузлів (явища періаденіту), вузли спаюються в один пакет, стають болючими, шкіра над ними червоніє, розвиваються свищі; спостерігаються ранні позитивні серологічні реакції. Також реєструються випадки реінфекції з характерними особливостями: зміна тривалості строків інкубації; виникнення численних шанкерів-виразок і пустульозних сифілідів; позитивація серологічних реакцій за 2 тижня існування первинної сифіломи.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айзятупов Р.Ф. Сифилис (иллюстрированное руководство). – Донецк: Донеччина, 1998. – 228 с., ил.
2. Айзятупов Р.Ф. Заболевания передаваемые половым путем (этиология, клиника, диагностика, лечение). – Донецк: Донеччина, 2000. - 384 с., ил.
3. Айзятупов Р.Ф. Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение): Иллюстр. руководство. – Донецк: 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. - Донецк: Каштан, 2008. - 404 с.: ил.
6. Айзятупов Р.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии: Иллюстрированное руководство. – Донецк: Каштан, 2010. - 560 с.: ил.
7. Шкірні та венеричні хвороби: Підручник для студентів вищих медичних закладів України /М.О.Дудченко, В.Г.Коляденко, Л.І.Бариляк та інш. – Полтава-Київ, 2004. – 314 с.