

# Псориазиформный сифилид — наблюдение из практики

С.В. Кошкин<sup>1</sup>, Т.В. Чермных<sup>1</sup>, О.С. Коврова<sup>2</sup>, Н.Ю. Рябов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России  
610027, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112

<sup>2</sup> КОГБУЗ «Кировский областной клинический кожно-венерологический диспансер»  
610046, г. Киров, ул. Московская, д. 79

Представлен клинический случай распространенного псориазиформного сифилида у 28-летнего пациента. Внимание заслуживает наличие сочетания сифилиса и ранее установленного диагноза экссудативного псориаза у полового партнера наблюдаемого. Рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики клинических проявлений вторичного сифилиса и псориаза.

Ключевые слова: **сифилис, псориаз, дифференциальная диагностика.**

Контактная информация: koshkin\_serгей@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2016; (3): 90—96.

## A case of psoriasiform syphilid (from clinical practice)

S.V. Koshkin<sup>1</sup>, T.V. Chermnykh<sup>1</sup>, O.S. Kovrova<sup>2</sup>, N.Yu. Ryabov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kirov State Medical Academy  
K. Marx str., 112, Kirov, 610027, Russia

<sup>2</sup> Kirov Regional Dermatology Hospital  
Moskovskaya str., 79, Kirov, 610046, Russia

The current article analyzes a clinical case of general psoriasis-form syphilid in a 28-year patient. Attention is paid to combination of exudative psoriasis and syphilis in a sex partner. Problems of differential diagnosis for clinical evidence of secondary syphilis and psoriasis were analyzed.

Key words: **syphilis, psoriasis, differential diagnosis.**

Corresponding author: koshkin\_serгей@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2016; 3: 90—96.

■ Вторичный сифилис является этапом развития болезни, когда на коже и слизистых появляются распространенные высыпания, которые могут стать предметом дифференциального диагноза со многими дерматологическими заболеваниями. При вторичном периоде сифилитической инфекции все серологические реакции, как правило, положительные и в отделяемом сифилидов при темнопольной микроскопии обнаруживаются бледные трепонемы [1, 2]. Наиболее характерные проявления вторичного периода сифилиса — генерализованные высыпания на коже и слизистых, в том числе проявления в ротовой полости, широкие кондиломы, алопеция, лейкодерма. Папулезные сифилиды по величине разделяют на милиарные, лентикулярные и нумулярные. Цвет узелка розово-красный, позднее медно- или ветчинно-красный, при регрессе появляются буроватые или коричневатые тона. В период разрешения на папуле появляется незначительное шелушение, первоначально в центре папул, а затем распространяется к периферии и выглядит в виде своеобразного венчика, окружающего папулу («воротничок Биетта»). Папулезные высыпания обычно субъективных ощущений не дают, но при давлении на центр узелка тупым зондом возникает резкая болезненность (симптом Ядассона). Через 4—8 нед.

папулы самопроизвольно разрешаются. Разновидностями лентикулярного сифилида считают себорейный, псориазиформный, мокнущий, а также ладоней и подошв [2]. Псориазиформный сифилид характеризуется тем, что при нем поверхность лентикулярных папул покрывается белесоватыми пластинчатыми чешуйками, делающими этот сифилид очень похожим на проявления вульгарного псориаза.

Приводим наблюдение из клинической практики. Больной Ч., 1983 г. рождения, при поступлении в стационар предъявлял жалобы на появление высыпаний на коже туловища и конечностей, отек полового члена. Считает себя больным с мая 2011 г., когда отметил появление вышеуказанных высыпаний. Из анамнеза выяснено, что в феврале 2011 г. заметил наличие эрозий на половом члене. В январе 2011 г. имел незащищенный случайный половой контакт. Проживает в гражданском браке, сожительница страдает эксудативным псориазом.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7 °С. На коже процесс носит распространенный характер с обилием монморфных лентикулярных и нумулярных папул, локализующихся на волосистой части головы, туловище, верхних и нижних конечностях (рис. 1, 2). На волосистой части головы



Рис. 1. Лентикулярные и нумулярные папулы на коже туловища, верхних и нижних конечностей



Рис. 2. Лентикулярные и нумулярные папулы на коже туловища, верхних и нижних конечностей

поражены преимущественно теменная и височная области. Папулы покрыты серебристо-белыми рыхлыми чешуйками (рис. 3). Волосы, брови, ресницы не изменены. На коже туловища и конечностей обращает на себя внимание неравномерная инфильтрация элементов, наличие ободка гиперемии вокруг папул, выраженное пластинчатое шелушение (рис. 4). Симптом Ауспитца отрицательный. На коже ладоней и подошв — папулезные элементы, не возвышающиеся над окружающей кожей, с характерным периферическим шелушением по типу «воротничка Биетта» (рис. 5, 6). Изменений ногтей пластин на пальцах кистей и стоп нет. На слизистой оболочке верхней губы — эрозированные папулы. При осмотре половых органов: выраженный отек полового члена, фимоз. На коже полового члена, мошонки и перианальной области — множественные эрозированные папулы (рис. 7, 8). Паховые лимфатические узлы увеличены до 3 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненные при пальпации, не спаянные с окружающими тканями.

Лабораторное исследование. Исследование на *Treponema pallidum* методом темнопольной микроскопии отделяемого с эрозий на слизистой верхней губы и полового члена — обнаружена бледная трепонема. Общий анализ крови (19.05.2011): Hb 139 г/л, эр.  $4,8 \cdot 10^{12}/л$ , л.  $8,4 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ 42 мм/ч. Общий анализ мочи (19.05.2011): цвет соломенно-желтый, эритроциты 0—1 в поле зрения, лейкоциты 3—5 в поле зрения. Серологическое обследование: МР (20.05.2011) 4(+) 1:128; РПГА (№607) 4(+) 1:1280. Анти-

тел к ВИЧ, маркеров вирусных гепатитов В и С не обнаружено (от 20.05.2011 №581F8). В мазках из уретры (19.05.2011): лейкоциты 30—40 в поле зрения, гонококки и трихомонады не обнаружены; грамотрицательная флора — значительное количество.

Иммунологическое исследование (26.05.2011): л.  $6,6 \cdot 10^9/л$ ; с. — 55%, эр. 5%, лимф. 32% ( $2,11 \cdot 10^9/л$ ), мон. 8%, CD3-лимфоциты — 76% ( $1,6 \cdot 10^9/л$ ), CD20-лимфоциты — 5% ( $0,11 \cdot 10^9/л$ ), В-лимфоциты и активированные Т-лимфоциты (HLA-DR+) — 9% ( $0,19 \cdot 10^9/л$ ), CD4+ 54% ( $0,86 \cdot 10^9/л$ ), CD8+ 20% ( $0,32 \cdot 10^9/л$ ); иммунорегуляторный индекс (ИРИ) — 2,7; НК-клетки (CD16+) — 19% ( $0,40 \cdot 10^9/л$ ); фагоцитарная активность нейтрофилов — 80%; фагоцитарный индекс — 8,5; НСТ-тест — 37%; титр комплемента — 1:32; ЦИК — 0,207 ед. опт. пл.; IgG — 23,4 г/л; IgA — 2,5 г/л; IgM — 4,8 г/л; HLA-фенотип: A1, A2; B17, B18.

Установлен клинический диагноз: вторичный сифилис кожи и слизистых (псориазиформный сифилид, ладонно-подошвенный сифилид, эрозированные папулы слизистой верхней губы, полового члена, мошонки, перианальной области, фимоз).

Терапию проводили в соответствии с методическими указаниями по профилактике и лечению сифилиса (1999 г.), протоколами ведения больных «Сифилис» (МЗ РФ №327 от 25.07.2003) и клиническими рекомендациями «Дерматовенерология» [3]. Пациент получал бензилпенициллина натриевую соль по 1 000 000 ЕД внутримышечно через 6 ч в течение 20 дней. На начало лечения отмечена температурная реакция обо-



Рис. 3. Папулы на волосистой части головы, покрытые серебристо-белыми чешуйками



Рис. 4. Папулы на коже туловища с ободком гиперемии и пластинчатым шелушением



Рис. 5. Плоские папулы на коже ладоней с периферическим шелушением



Рис. 6. Плоские папулы на коже подошв с периферическим шелушением



Рис. 7. Эрозированные папулы на коже полового члена и мошонки



Рис. 8. Эрозированные папулы на коже мошонки и перианальной области

стрения 38 °С. На 10-е сутки пенициллинотерапии эрозированные папулы на половых органах и слизистой верхней губы разрешились, наблюдался регресс папулезных высыпаний на коже волосистой части головы, ладоней, подошв, коже туловища — уменьшение шелушения, инфильтрации (рис. 9).

Пациентка М., 1982 г. рождения (гражданская жена пациента Ч.), наблюдается у дерматолога с 2009 г. с диагнозом распространенный псориаз, папулезно-бляшечная форма. Ежегодно получала амбулаторное лечение в осенне-зимний период с положительным эффектом. Отмечает, что текущее обострение псориаза отличается выраженным воспалением, значительным увеличением размеров бляшек, появлением на поверхности бляшек плотных сероватых чешуйко-корок. При осмотре: на коже волосистой части головы локализуются множественные папулезные элементы, сливающиеся в бляшки, отмечается обильное шелушение. Слизистая оболочка полости рта свободна от специфических высыпаний. На коже туловища, верхних и нижних конечностей — множественные бляшки с выраженной инфильтрацией

и экссудативным компонентом, покрытые плотными серовато-желтыми чешуйко-корками; по периферии — венчик гиперемии (рис. 10, 11). Псориагическая триада симптомов положительная. На коже ладоней и подошв — папулезные элементы с периферическим ободком шелушения («воротничок Биетта») (рис. 12, 13). Половые органы и перианальная область свободны от специфических высыпаний. Паховые лимфатические узлы увеличены до 3 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненные при пальпации, не спаянные с окружающими тканями.

Общий анализ крови (19.05.2011): Нb 140 г/л, эр.  $4,38 \cdot 10^{12}/л$ , л.  $6,7 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ 39 мм/ч. HLA-фенотип: А1; В13. При серологическом обследовании: МР (20.05.2011) 4(+) 1:64; РПГА (№ 608) 4(+) 1:80. РИФ (№ 1979 от 23.05.2011) 2(+) КП = 6,2. ИФА (20.05.2011 № 20931) 4(+) обнаружены антитела (IgG) к *Tr. pallidum*. Антител к ВИЧ не обнаружено (20.05.2011 № 582F8). В мазках из уретры (19.05.2011): лейкоциты в уретре 0—1, в цервикальном канале 8—10 в поле зрения, гонококки и трихомонады не обнаружены.



Рис. 9. Тот же пациент на 10-е сутки пенициллинотерапии. Регресс высыпаний



Рис. 10. Множественные бляшки с выраженной инфильтрацией и экссудативным компонентом



Рис. 11. Множественные бляшки с выраженной инфильтрацией и экссудативным компонентом

Установлен клинический диагноз: распространенный экссудативный псориаз. Вторичный сифилис кожи и слизистых (ладонно-подошвенный сифилид). На начало специфического лечения отмечена температурная реакция обострения 39,2 °С. На 10-е сутки пенициллинотерапии наблюдался регресс папулезных высыпаний на ладонях и подошвах, на коже туловища — высыпания без изменений.

### Заключение

При проведении дифференциальной диагностики сифилитических папул с псориазическими необходимо помнить об особенностях клинической картины и локализации высыпаний: папулы при псориазиформном сифилиде окружены медно-красного цвета венчиком, для них не характерен периферический рост, у больного обычно имеются еще и другие клинические проявления сифилиса. Для псориаза не характерна локализация высыпаний на слизистых обо-



Рис. 12. Плоские папулы на коже ладоней с периферическим шелушением



Рис. 13. Плоские папулы на коже подошв с периферическим шелушением

лочках, а также ладонях и подошвах (за исключением пустулезной формы) [3—6]. Кроме того, важно своевременно оценить результаты нетрепонемных и трепонемных серологических тестов. Также в отделяемом эрозированных сифилитических папул можно обнаружить бледную спирохету. Косвенную помощь в диагностике псориаза может оказать HLA-типирование — наличие в фенотипе HLA B13, B17, HLA Cw6, HLA DR7. Кроме того, специфичность папулезных высыпаний подтверждает быстрый регресс на фоне пенициллинотерапии, что и наблюдалось у нашего пациента. ■

## Литература

1. Astvacaturov K.R. Syphilis, diagnosis and therapy. M: Medgis 1971. [Аствацатуров К.Р. Сифилис, его диагностика и лечение. М: Медгиз 1971.]
2. Shaposhnikov O. K. Veneryal deasises. M: Med. 1080; 534. [Шапошников О.К. Венерические болезни. М: Медицина 1980; 534.]
3. Dermatovenerology 2010. (Clinical guidelines. Clinical recommendation (Russian Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists)). Ed. by Kubanova A.A. M: DEKS-PRESS 2010; 428. [Дерматовенерология, 2010. (Клинические рекомендации (Российское общество дерматовенерологов)) (под ред. Кубановой А.А.) М: ДЭК-ПРЕСС 2010; 428.]
4. Zhulimova N.L., Kokhan M.M., Bochkarev Yu.M., Surganova V.I. The combination of psoriasis and syphilis: the clinical case and differential diagnostics. Clin Dermatol Venerol 2012; 3: 26—29. [Жулимова Н.Л., Кохан М.М., Бочкарев Ю.М., Сурганова В.И. Сочетание псориаза и сифилиса: клинический случай и дифференциальная диагностика. Клин дерматол венерол 2012; 3: 26—29.]
5. Lim S.W., Kwon S.W., Suh M.K., Lee H.C. et al. A Case of Psoriasiform Syphilid. Korean Journal of Dermatology 2003; 41 (7): 980—982.
6. Yiming F., Zhihua W., Shunfan L., Wenming H. Psoriasiform syphilids with chancre: A case report. J clin dermatol 2002; Issue 3: 193—194.

### об авторах:

С.В. Кошкин — д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России

Т.В. Черных — ассистент кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России

О.С. Коврова — зав. венерологическим отделением КОГБУЗ «Кировский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Н.Ю. Рябов — врач-дерматовенеролог КОГБУЗ «Кировский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье