

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-2-68-73>

# Клинические случаи осложненного течения первичной сифиломы

Евсеева А. Л.<sup>1</sup>, Кошкин С. В.<sup>1\*</sup>, Рябова В. В.<sup>1</sup>, Коврова О. С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кировский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации 610027, Российская Федерация, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112

<sup>2</sup> Кировский областной клинический кожно-венерологический диспансер 610000, Российская Федерация, г. Киров, ул. Семашко, д. 2а

Представлено два клинических случая осложненного течения первичного периода сифилиса. Внимания заслуживает именно злокачественное течение твердого шанкра, что может вызвать определенные диагностические трудности.

Ключевые слова: **первичная сифилома, фимоз, парафимоз**

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Евсеева А. Л., Кошкин С. В., Рябова В. В., Коврова О. С. Клинические случаи осложненного течения первичной сифиломы. Вестник дерматологии и венерологии. 2019;95(2):68–73. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-2-68-73>

# Clinical cases of a complicated course of the primary period of syphilis

Anna L. Evseeva<sup>1</sup>, Sergey V. Koshkin<sup>1\*</sup>, Vera V. Ryabova<sup>1</sup>, Olga S. Kovrova<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation  
Karla Marksa str., 112, Kirov, 610027, Russian Federation

<sup>2</sup> Kirov Regional Dermatology Hospital  
Semashko str., 2a, Kirov, 610000, Russian Federation

Two clinical cases of a complicated course of the primary period of syphilis are present. Attention deserves the severity of the clinical picture of a solid chancre, which could cause certain diagnostic difficulties.

Keywords: **chancre, phymosis, paraphymosis**

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Evseeva A. L., Koshkin S. V., Ryabova V. V., Kovrova O. S. Clinical cases of a complicated course of the primary period of syphilis. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2019;95(2):68–73. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-2-68-73>

---

■ Сифилис — хроническое системное инфекционное заболевание с последовательной сменой стадий болезни, вызываемое *Treponema pallidum*. Заболевание может поражать практически все органы и системы организма, часто имитируя другие болезни [1, 2].

По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 6 миллионов новых случаев заражения сифилисом. За последние десятилетия изменилась клиническая картина и характер течения заболевания, возросла частота латентных форм, увеличился удельный вес нейро- и висцерального сифилиса. Помимо этого, наблюдается увеличение частоты атипичных и осложненных форм твердого шанкра, что обуславливает сложность диагностики и приводит к диагностическим ошибкам, несвоевременному выявлению, распространению заболевания и неадекватному лечению больных [3, 4].

Клиническим проявлением первичного периода сифилиса является твердый шанкр, возникающий в месте внедрения спирохеты. В результате травматизации или в случае присоединения вторичной инфекции (пиококковая, иногда фузоспиреллезная флора — симбиоз палочек Плаута и спирохет Венсана) могут развиваться осложнения первичной сифиломы [5, 6]. Как правило, осложнения твердого шанкра развиваются на фоне ослабления защитных сил организма (хронические заболевания, алкоголизм). У мужчин шанкр осложняется фимозом и парафимозом. В первом случае наблюдается яркая гиперемия, болезненность, гнойное отделяемое, выраженный отек крайней плоти, в результате чего половой член приобретает колбовидную форму, крайняя плоть за головку члена не заворачивается. В некоторых случаях через отечные ткани можно пропальпировать твердый шанкр. В случае попытки пациента самостоятельно обнажить головку может возникнуть парафимоз. Головка полового члена остается обнаженной и сдавлена кольцом резко отечной и воспаленной крайней плоти [2, 7]. Парафимоз следует рассматривать как чрезвычайную ситуацию, которая приблизительно у трети пациентов требует хирургического вмешательства (проведения циркумцизии) [8].

Приводим первое наблюдение из клинической практики.

Пациент П. 1972 г. р. (39 лет) поступил в стационар 16.03.2012.

На момент поступления предъявлял жалобы на высыпания в области половых органов.

Из анамнеза заболевания: около месяца назад отметил увеличение паховых лимфоузлов, в связи с чем обратился амбулаторно к хирургу по месту жительства. Хирургическая патология была исключена, пациент направлен на консультацию к дерматовенерологу по месту жительства. Обследован в поликлинике Кировского областного клинического кожно-венерологического диспансера (КОККВД), при осмотре на головке полового члена обнаружены 2 эрозии округлой формы до 1 см в диаметре со скудным серозным отделяемым, методом темнопольной микроскопии в отделяемом эрозий обнаружена *Tr. pallidum* от 15.03.2012, направлен на стационарное лечение в венерологическое отделение. Антибиотики в течение последнего года не принимал. Самостоятельно использовал примочки с настоем ромашки, без положительного эффекта. Со слов пациента ранее обследование проходил примерно 2 года назад.

Из анамнеза жизни: разведен, сожительствует с гражданкой Д. 27 лет (обследована, Диагноз: А51.3. вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек от 16.03.2012); помимо этого отмечает случайные половые контакты.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина.

Аллергические реакции, непереносимость лекарственных средств, ВИЧ, туберкулез, гепатиты А, В, С, гемотрансфузии, ОКИ, малярия, корь, ранее перенесенные ИППП — отрицает. ФЛГ от 28.01.2015 в норме.

Вредные привычки: курит, регулярно употребляет алкоголь.

Объективное состояние на момент поступления без особенностей.

Локальный статус на момент поступления в стационар: волосы не разрезаны, кожные покровы свободны от специфических высыпаний, наружные половые органы развиты правильно. Головка полового члена обнажена, сдавлена кольцом резко отечной и воспаленной крайней плоти, не закрывается. На головке 2 эрозии диаметром 5 и 7 мм, ярко-красного цвета, округлой формы. Паховые лимфоузлы увеличены справа до 2,5 см в диаметре, слева — до 1 см. При пальпации безболезненные, плотные, не спаяны между собой и с окружающими тканями, кожа над ними не изменена.

Обследование в стационаре:

Лабораторные исследования: в общем анализе крови от 19.03.2012 СОЭ — 45 мм/ч, остальные показатели — в пределах нормы. В общем анализе мочи от 19.03.2012 патологических изменений не выявлено. Биохимический анализ крови — билирубин 8,31 ммоль/л; АСТ — 82,1 Ед/л; АЛТ — 204,9 Ед/л; ЩФ — 885 Ед/л. Кал на я/г от 19.03.2012: я/г не обнаружены. Мазок на *N. gon.* и *Tr. vaginalis* от 16.03.2012: не обнаружены; лейкоциты 0–1 в п/зр.

Серологическое обследование при поступлении: реакция микропреципитации (РМП) 4+ (резкоположительная), титр 1:32 от 20.03.2012; ИФА IgG от 20.03.2012: 4+ (резкоположительная), ИФА IgM от 20.03.2012: обнаружены антитела к *Tr. pallidum*.

На основании клинических данных и лабораторных исследований установлен диагноз: А51.0. Первичный сифилис половых органов. Сифилитический шанкр. Парафимоз. Паховый лимфаденит. Обнаружена *Tr. pallidum* от 15.03.2012.

Назначено специфическое противосифилитическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки в/м в течение 10 дней [9]. Температурная реакция на начало лечения 40,0 °С.

Консультация уролога от 17.03.2012: диагноз: парафимоз на фоне основного заболевания. Перевод в урологическое отделение для хирургического вмешательства (препуциотомия) с назначенным специфическим лечением.

22.03.2012 переведен из урологического отделения в КОККВД в удовлетворительном состоянии на долечивание бензилпенициллином по схеме. Жалоб при поступлении не предъявляет. Консультирован специалистами (невролог, окулист) — специфической патологии не выявлено; консультация терапевта от 22.03.2012: диагноз: гепатит неуточненный. Рекомендовано: Гептрал в/в 400 мг № 10; консультация терапевта по месту жительства после выписки.



Рис. 1. Первичная сифилома. Парафимоз. Паховый лимфаденит  
Fig. 1. Primary syphiloma. Paraphimosis. Inguinal lymphadenitis



Рис. 2. Первичная сифилома. Парафимоз. Паховый лимфаденит  
Fig. 2. Primary syphiloma. Paraphimosis. Inguinal lymphadenitis

Общая курсовая доза 60 000 000 ЕД бензилпенициллина. Лечение перенес удовлетворительно. Получил полный курс специфического лечения [9].

При осмотре на момент выписки из стационара: состояние удовлетворительное. Кожные покровы свободны от специфических высыпаний: наружные проявления сифилиса полностью разрешились.

При выписке рекомендовано: клиничко-серологический контроль у дерматовенеролога по месту жительства [9].

Второй клинический случай.

Пациент Д. 1959 г.р. (57 лет) поступил в стационар 11.03.2016.

На момент поступления предъявлял жалобы на высыпания в области половых органов, на коже туловища.

Из анамнеза заболевания: отек крайней плоти заметил примерно 2 месяца назад, к врачу не обращался, самостоятельно не лечился. Около месяца назад появилась сыпь на коже туловища и конечностей. Обратился к дерматовенерологу по месту жительства, направлен в поликлинику КОККВД для уточнения диагноза. При осмотре в поликлинике КОККВД — на коже туловища розеолезные высыпания, единичные папулы на ладонях и подошвах, фимоз. РПМ (4+) от 04.03.2016, титр 1:64, ИФА IgM: обнаружены антитела к *Tr. pallidum* от 04.03.2016, РИФ (4+) от 04.03.2016. Направлен на стационарное лечение в венерологическое отделение. Со слов пациента ранее обследование проводил около 2 лет назад, когда был госпитализирован в терапевтический стационар по поводу пневмонии.

Из анамнеза жизни: холост. Проживает один, постоянной половой партнерши не имеет.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония, аппендэктомия в 1981 г.

Аллергологический анамнез спокоен. Непереносимость лекарственных средств отрицает. ВИЧ, туберкулез, гепатиты А, В, С, гемотрансфузии, ОКИ, малярия, ранее перенесенные ИППП — отрицает. ФЛГ № 109 от 26.02.2016 в норме.

Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет по праздникам.

Объективное состояние на момент поступления без особенностей.

Локальный статус на момент поступления в стационар: волосы не разрежены, на коже груди, живота, боковых поверхностей туловища наблюдаются множественные пятна розово-красного цвета до 0,7 см в диаметре, не возвышающиеся над поверхностью кожи, без шелушения, склонности к сливанию и группировке, при надавливании — пятно бледнеет. На коже ладоней и подошв единичные плоские папулезные элементы буро-красного цвета до 0,5 см в диаметре с шелушением по периферии («воротничок» Биетта). Наружные половые органы развиты правильно. Выражена гиперемия и инфильтрация кожи лобка, мошонки и паховых складок. Крайняя плоть резко отечна, инфильтрирована, головка полового члена не открывается. Паховые лимфоузлы увеличены до 1 см с обеих сторон. При пальпации безболезненные, плотные, не спаяны между собой и с окружающими тканями, кожа над ними не изменена.

Обследование в стационаре:

Лабораторные исследования: в общем анализе крови от 14.03.2016 СОЭ — 56 мм/ч, остальные показатели — в пределах нормы. В общем анализе мочи от 15.03.2016 патологических изменений не выявлено. Биохимический анализ крови — билирубин 12,51 ммоль/л; АСТ — 17,7 Ед/л; АЛТ — 22,8 Ед/л; ЩФ — 81,2 Ед/л. Кал на я/г от 16.03.2016: я/г не обнаружены. Мазок на *N. gon.* и *Tr. vaginalis* от 11.03.2016: не обнаружены; лейкоциты 0–1 в п/зр.

Серологические исследования при поступлении: РМП 4+, титр 1:64 от 15.03.2016; ИФА IgG от 15.03.2016: 4+, ИФА IgM от 15.03.2016: обнаружены антитела к *Tr. pallidum*.

На основании клинических данных и лабораторных исследований установлен диагноз: А51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (розеолезно-



Рис. 3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Остатки твердого шанкра. Фимоз  
Fig. 3. Secondary syphilis of the skin and mucous membranes. Remains of a chancre. Phimosis



Рис. 4. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Остатки твердого шанкра. Фимоз  
Fig. 4. Secondary syphilis of the skin and mucous membranes. Remains of a chancre. Phimosis

папулезная сыпь). Остатки твердого шанкра. Фимоз. Паховый лимфаденит.

Назначено специфическое противосифилитическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки в/м в течение 28 дней [3]. Температурная реакция на начало лечения 39,8 °С.

Консультирован специалистами (невролог, окулист, терапевт) — специфической патологии не выявлено (13.03.2016).

Общая курсовая доза 168 000 000 ЕД бензилпенициллина. Лечение перенес удовлетворительно. Получил полный курс специфического лечения [3].

При осмотре на момент выписки из стационара: состояние удовлетворительное. Кожные покровы свободны от специфических высыпаний: наружные проявления сифилиса полностью разрешились.

Серологические обследования при выписке из стационара: РМП 4+, титр 1:16 от 06.04.2016; ИФА IgG от 06.04.2016: 4+, ИФА IgM от 06.04.2016: антитела к *Tr. pallidum* не обнаружены.

При выписке рекомендовано: клинико-серологический контроль у дерматовенеролога по месту жительства [3].

### Заключение

Хочется обратить внимание на то, что, несмотря на определенные успехи в мероприятиях по профилактике сифилиса, включающих санитарно-просветительскую работу, скрининг отдельных групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования [3], диспансеризацию населения, имеют место случаи осложненного течения первичного сифилиса. В обоих представленных случаях осложнения возникли не спонтанно, а в результате невнимательного отношения к собственному здоровью, игнорирования клинических признаков заболевания, попыток самолечения. Распространение сифилитической инфекции можно предупредить, используя относительно простые мероприятия в рамках охраны здоровья населения, регламентированные контрольно-действующими документами (Приказ МЗ РФ № 291 от 30.07.2001 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»).

Приведенные случаи, возможно, привлекут внимание к проблеме сифилиса не только дерматовенерологов, но и врачей других специальностей, например урологов и хирургов. ■

## Литература/References

1. Вольф К., Голдсмит Л. А., Кац С. И., Джилкрест Б. А., Паллер Э. С., Леффель Д. Дж. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Т. 3. М.: Изд. Панфилова; БИНОМ, 2013. С. 2129–2154. [Wolff K., Goldsmith L. A., Katz S. I., Gilchrist B. A., Paller A. S., Lef-fell D. J. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Vol. 3. Moscow: Izdatelstvo Panfilova; BINOM; 2013. P. 2129–2154. (In Russ.)]
2. Тарасенко Г. Н., Артемьев Е. М. Фагеденический шанкр: слу-чай из практики. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015;18(1):62–64. [Tarasenko G. N., Artemyev E. M. Phagedenic chancre: a case history. Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. 2015;18(1):62–64. (In Russ.)]
3. Кубанова А. А. (ред.) Клинические рекомендации по дермато-венерологии для врачей. М., 2015. С. 601–602. [Kubanova A. A. (ed.) Clinical recommendations for dermatovenerology for doctors. Moscow, 2015. P. 601–602. (In Russ.)]
4. Кошкин С. В., Чермных Т. В., Коврова О. С., Евсеева А. Л., Ря-бова В. В. Ассоциативная связь вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек с антигенами гистосовместимости первого класса. Вестник дер-матологии и венерологии. 2017;2:27–33. [Koshkin S. V., Chermnykh T. V., Zaitseva G. A., Evseeva A. L., Ryabova V. V. Associative connection of second-ary syphilis of skin and mucous membranes with the histocompatibility antigens of the first class. Vestnik dermatologii i venerologii. 2017;2:27–33. (In Russ.)]
5. Олисов А. О., Владимиров В. В. Фагеденизация твердого шанкра у молодой женщины. Российский журнал кожных и венери-ческих болезней. 2016;19(6):378–380. [Olisov A. O., Vladimirov V. V. A rare complication of the chancre (phagedenic ulcer) in young woman. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases = Rossiyskii Zhurnal Kozh-nykh i Venericheskikh Boleznei. 2016;19(6):378–380. (In Russ.)]. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-6-
6. Кошкин С. В., Чермных Т. В. Клинические проявления ранних форм сифилиса. Атлас. 2010;8:34. [Koshkin S. V., Chermnykh T. V. Clini-cal manifestations of early forms of syphilis. 2010;8:34. (In Russ.)]
7. Асхаков М. С., Чеботарев В. В. Первичный период сифилиса (syphilis primaria). Вестник молодого ученого. 2016;1:49–56. [Askha-kov M. S., Chebotaryov V. V. Primary period of syphilis (syphilis primaria) Vestnik mladogo uchenogo. 2016;1:49–56. (In Russ.)]
8. Аль-Шукри С. Х., Боровец С. Ю., Голощавов Е. Т., Горба-чев А. Г., Белоусов В. Я., Борискин А. Г. и др. Клинические рекомен-дации по оказанию скорой медицинской помощи при травме мужских мочеполовых органов, инородном теле уретры и мочевого пузыря, фимозе и парафимозе. Урологические ведомости. 2013;III(4):22–28. [Al-Shukri S. Kh., Borovets S. Yu., Goloshchapov E. T., Gorbachev A. G., Belousov V. Ya., Boriskin A. G. et al. Clinical recommendations for the pro- vision of emergency medical care for male urogenital trauma, foreign body of the urethra and bladder, phimosis and paraphimosis. Urological Bulletin. 2013;III(4):22–28. (In Russ.)]
9. Кубанова А. А. (ред.) Дерматовенерология, 2010. (Клинические рекомендации Российское общество дерматовенерологов). М.: ДЭК-ПРЕСС, 2010. 428 с. [Kubanova A. A. (ed.) Dermatovenerology 2010. (Clinical guidelines. Clinical recommendation (Russian Society of Derma- tovenereologists and Cosmetologists). Moscow: DEKS-PRESS, 2010. 428 p. (In Russ.)]

## Информация об авторах

**Анна Леонидовна Евсеева** — ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского уни-верситета Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Сергей Владимирович Кошкин\*** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Кировско-го государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: +7 (912) 825-41-16; e-mail: koshkin\_sergei@mail.ru

**Вера Владимировна Рябова** — ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Ольга Сергеевна Коврова** — заведующая венерологическим отделением Кировского областного клинического кожно-венерологического диспансера

## Information about the authors

**Anna L. Evseeva** — Research Assistant, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation

**Sergey V. Koshkin\*** — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of the Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation; tel.: +7 (912) 825-41-16; e-mail: koshkin\_sergei@mail.ru

**Vera V. Ryabova** — Research Assistant, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation

**Olga S. Kovrova** — Head of the Venereological Department, Kirov Regional Dermatology Hospital