

<https://doi.org/10.25208/vdv10513>



Гигантские шанкры перигенитальной локализации

© Кошкин С.В.^{1,2*}, Евсеева А.Л.¹, Рябова В.В.¹, Поспелова К.Ю.^{1,3}

¹ Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия

² Кировский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Киров, Россия

³ Кировская городская больница № 2, поликлиника № 1, Киров, Россия

В статье представлены три клинических случая гигантских шанкров перигенитальной локализации. В первом случае пациент обратился к хирургу с жалобами на воспаление кожи полового члена, «язва» на животе, которая появилась за месяц до этого, его никак не беспокоила. Два следующих наблюдения выявлены как половые контакты. Интересным представляется, что все три случая кроме идентичной локализации первичного аффекта (кожа живота) объединяют между собой приятельские отношения и общий источник инфекции. Наличие распространенных специфических высыпаний (розеолезная сыпь без тенденции к группировке) на фоне остатков твердого шанкра подразумевает у пациента диагноз вторичного свежего сифилиса. Однако у всех описанных пациентов также отмечались и клинические признаки, более характерные для злокачественного течения сифилиса, — раннее развитие распространенных папуло-пустулезных элементов и алопеции.

Ключевые слова: клинический случай; вторичный сифилис; гигантский твердый шанкр; перигенитальная локализация

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: рукопись подготовлена на личные средства авторского коллектива.

Согласие пациента: все пациенты добровольно подписали информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

Для цитирования: Кошкин С.В., Евсеева А.Л., Рябова В.В., Поспелова К.Ю. Гигантские шанкры перигенитальной локализации. Вестник дерматологии и венерологии. 2023;99(6):74–82.
doi: <https://doi.org/10.25208/vdv10513>



<https://doi.org/10.25208/vdv10513>

Giant chancres of perigenital localization

© Sergei V. Koshkin^{1,2*}, Anna L. Evseeva¹, Vera V. Ryabova¹, Kristina Yu. Pospelova^{1,3}

¹ Kirov State Medical University, Kirov, Russia

² Kirov Regional Dermatology Hospital, Kirov, Russia

³ Kirov City Hospital No. 2, Polyclinic No. 1, Kirov, Russia

The article presents three clinical cases of giant chancres of perigenital localization. In the first case, the patient went to the surgeon with complaints of inflammation of the skin of the penis, the “ulcer” on the abdomen, which had appeared a month before, did not bother him at all. The next two observations were identified as sexual contacts. It is interesting that all three cases, in addition to the identical localization of the primary affect (skin of the abdomen), unite friendly relations and a common source of infection. The presence of widespread specific rashes (roseola without a tendency to group) against the background of remains of chancre implies a diagnosis of “lues secundaria recens” in the patient. However, all the described patients also had clinical signs that were more characteristic of the malignant course of syphilis — the early development of widespread papulopustular elements and alopecia.

Keywords: clinical case; secondary syphilis; giant chancre; perigenital localization

Conflict of interest: the authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of funding: the manuscript was prepared at the personal expense of the group of authors.

Consent of the patient: All patients voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in an anonymized form.

For citation: Koshkin SV, Evseeva AL, Ryabova VV, Pospelova KYu. Giant chancres of perigenital localization. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2023;99(6):74–82. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv10513>



Актуальность

Клиническая картина сифилиса многообразна в своих проявлениях. Путь передачи сифилитической инфекции преимущественно половой, таким образом, чаще первичные сифиломы локализуются на половых органах. Однако «входными воротами» для бледной трепонемы может служить любая микротравма кожи и слизистых оболочек. Соответственно, по локализации твердые шанкры можно разделить на генитальные, перигенитальные и экстрагенитальные, что напрямую зависит от характера контакта с больным, а также от расположения и проявлений сифилиса у него [1–3]. На участках кожи с выраженной подкожной жировой клетчаткой (живот, лобок, внутренняя поверхность бедер) нередко наблюдаются так называемые гигантские шанкры — размером от 1,5–2,0 см и более [1, 4, 5].

Зачастую шанкры с локализацией на коже лобка являются «посткондомными»: многие пациенты ошибочно полагают, что использование средств индивидуальной защиты или обработка гениталий антисептиком после незащищенного полового контакта исключают возможность заражения венерическим заболеванием [2]. Местное лечение сифилитических сыпей неэффективно, поскольку инфекция носит генерализованный характер, а использование раздражающих средств (спиртовых растворов антисептиков) зачастую приводит только к ухудшению клинической картины и развитию осложнений [1, 2].

Первый клинический случай

Описанный в первом клиническом наблюдении половой анамнез является общим для всех трех пациентов.

Пациент Р. 1972 г.р. (47 лет) был выявлен в Центральной районной больнице (ЦРБ) на приеме у врача-хирурга по месту жительства, к которому обратился по поводу воспаления кожи полового члена и невозможности «открыть» головку. Проконсультирован врачом-дерматовенерологом.

Проведены серологические исследования от 05.04.2019: реакция микропреципитации (РМП) 4+ (резко положительная), титр — 1:32; иммуноферментный анализ (ИФА) IgM 4+. Направлен на стационарное лечение в венерологическое отделение Кировского областного клинического кожно-венерологического диспансера (КОККВД) с диагнозом «вторичный сифилис кожи и слизистых».

Из анамнеза заболевания: при опросе больного выяснено, что около месяца назад на коже живота появился язвенный дефект без субъективных ощущений. Примерно через неделю похожий дефект появился на половом члене, еще через неделю появилась отечность и болезненность крайней плоти, а затем — и явления фимоза. Самостоятельно в течение недели предпринимал попытки промывать крайнюю плоть водным раствором хлоргексидина. Обследовался ли ранее на сифилис, не помнит.

Из анамнеза жизни: разведен, постоянной половой партнерши не имеет, отбывал наказание в местах лишения свободы 9 лет назад, в настоящее время — разнорабочий на лесопилке без официального трудоустройства, проживает с родным братом (клинический случай 2) и матерью в частном доме с печным отоплением.

Половой анамнез: незащищенный половой контакт в состоянии алкогольного опьянения в начале января 2019 г. Отмечал праздник в компании родного брата, его приятеля (клинические случаи 2, 3) и одной женщины, с которой были половые контакты у всех троих мужчин. Женщина 1992 г.р. (27 лет) выявлена и обследована дерматовенерологом в ЦРБ по месту жительства, диагноз: А51.3 вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек; широкие кондиломы половых органов (РМП 4+ от 09.04.2019; ИФА IgM 4+ от 09.04.2019). Направлена на дообследование и лечение в венерологическое отделение КОККВД, на госпитализацию не являлась. Специфическое противосифилитическое лечение получила через 3 месяца в исправительной колонии, где отбывала наказание, дальнейшая ее судьба неизвестна.

Перенесенные заболевания: острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), ветряная оспа. Аллергические реакции, непереносимость лекарственных средств, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ отрицателен от 05.04.2019), туберкулез, гепатиты А, В, С, гемотрансфузии, острые кишечные инфекции (ОКИ), малярию, корь, ранее перенесенные инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), отрицает. По данным флюорографии (ФЛГ) от 08.04.2019 легкие и сердце в норме.

Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективное состояние на момент поступления: без особенностей.

Локальный статус на момент поступления в стационар: на волосистой части головы наблюдаются мелкоочаговая алопеция в височных и затылочной областях, эритематозные пятна, единичные папулы до 5 мм в диаметре (рис. 1); на коже туловища — обильная мелкая розеолезная сыпь без тенденции к группировке, единичные папулезные и папуло-пустулезные элементы застойного красного цвета (рис. 2); на коже живота — язвенный дефект округлой формы до 3 см диаметром в стадии эпителизации, в центре покрытый коркой. Наружные половые органы развиты правильно, мелкоочаговая алопеция на коже лобка. Крайняя плоть гипертрофирована, отечна, инфильтрирована, головка полового члена не открывается (фимоз). Умеренное серозно-



Рис. 1. Мелкоочаговая алопеция, эритематозные пятна, единичные папулы
Fig. 1. Small-focal alopecia, erythematous spots, single papules



Рис. 2. Обильная мелкая розеолезная сыпь, единичные папулы на коже туловища

Fig. 2. Abundant small roseolous rash, single papules on the skin of the trunk

гноинное отделяемое из препуциального пространства (рис. 3). Паховые лимфоузлы пальпаторно не увеличены, безболезненны, не спаяны друг с другом и окружающими тканями, кожа над ними не изменена.

Обследование в стационаре

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови от 09.04.2019: лейкоцитоз ($9,7 \times 10^9/\text{л}$); повышение СОЭ до 23 мм/ч, других патологических изменений не выявлено;
- общий анализ мочи от 09.04.2019: лейкоциты — 12–15 в п/зр;



Рис. 3. Язвенный дефект на коже живота в стадии эпителизации, мелкоочаговая алопеция на коже лобка, фимоз

Fig. 3. Ulcerative defect on the skin of the abdomen in the stage of epithelialization, small-focal alopecia on the skin of the pubis, phimosis

- биохимический анализ крови: билирубин 14,21 ммоль/л; АСТ — 41 Ед/л; АЛТ — 49 Ед/л;
- кал на яйца глист (я/г) от 09.04.2019: я/г не обнаружены;
- бактериоскопическое исследование клинического материала из уретры на *N. Gonorrhoeae* (окраска препарата по Граму) от 09.04.2019 — не обнаружены; лейкоциты — 10–15 в п/зр; обнаружены стрепто- и стафилококки;
- бактериоскопическое исследование нативного материала из уретры методом темнопольной микроскопии на *Tr. Vaginalis* от 09.04.2019: не обнаружены.

Серологическое обследование при поступлении:

- РМП 4+, титр — 1 32 от 09.04.2019;
- реакция иммунофлюоресценции (РИФ) от 09.04.2019 — 4+;
- ИФА сумм от 09.04.2019 — 4+; ИФА IgG — обнаружены антитела к *Tr. Pallidum* от 09.04.2019; коэффициент позитивности (КП) — 16,7; титр — 1:2560.

На основании клинических данных и лабораторных обследований установлен диагноз: А51.3 вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Остатки твердого шанкра.

Назначено специфическое противосифилитическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 Ед 6 раз в сутки в/м в течение 28 дней [6]. Через 2 ч после первого введения пенициллина отмечены повышение температуры тела до 38,0 °С, общее недомогание, появление новых розеолезных элементов на коже туловища.

Общая курсовая доза — 168 000 000 Ед бензилпенициллина. Лечение перенес удовлетворительно. Получил полный курс специфического лечения [6].

При осмотре на момент выписки из стационара: состояние удовлетворительное. Кожный покров свободен от специфических высыпаний, проявления сифилиса на коже полностью разрешились, на месте язвенного дефекта — атрофический рубец с гиперпигментацией. Сохраняются очаги алопеции на волосистой части головы и лобке.

При выписке рекомендован клинико-серологический контроль у врача-дерматовенеролога по месту жительства [6].

Второй клинический случай

Пациент Р. 1980 г.р. (38 лет) был выявлен в ЦРБ как половой контакт. Проконсультирован врачом-дерматовенерологом.

Проведены серологические исследования: РМП 4+, титр — 1:16 от 10.04.2019; ИФА IgM — 4+ от 10.04.2019; направлен на стационарное лечение в венерологическое отделение КОКВД с диагнозом «вторичный сифилис кожи и слизистых».

Из анамнеза заболевания: при опросе больного выяснено, что в начале февраля на коже лобка появились «язвочки», болевых ощущений, зуда, жжения пациент не отмечал. Самостоятельно смазывал раствором бриллиантовой зелени и мазью с левомецетином — без эффекта. В конце марта появились подобные высыпания на половом члене, а затем и сыпь на коже туловища. Со слов больного: последнее отрицательное обследование на сифилис — в декабре 2018 г. при прохождении медицинского осмотра.

Из анамнеза жизни: холост, постоянной половой партнерши не имеет, не работает, проживает с родным



Рис. 4. Смешанная алопеция в височной области
Fig. 4. Mixed alopecia in the temporal region

братом (клинический случай 1) и матерью в частном доме с печным отоплением.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, грипп.

Операции: аппендэктомия в 2001 г.

Ранее перенесенные ИППП: гонорея в 1999 г. во время прохождения срочной службы в армии.

Аллергические реакции, непереносимость лекарственных средств, ВИЧ (отрицательный от 10.04.2019), туберкулез, гепатиты А, В, С, гемотрансфузии, ОКИ, малярию, корь отрицает. По данным ФЛГ от 14.12.2018 легкие и сердце в норме.

Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем.



Рис. 5. Обильная розеолезная сыпь и единичные папуло-пустулезные элементы на коже туловища
Fig. 5. Abundant roseolous rash and single papular-pustular elements on the skin of the trunk

Объективное состояние на момент поступления: без особенностей.

Локальный статус на момент поступления в стационар: на волосистой части головы наблюдается смешанная алопеция в височных областях (рис. 4); на коже туловища — обильная мелкая розеолезная сыпь без тенденции к группировке, единичные папуло-пустулезные элементы застойного красного цвета до 1 см диаметром наблюдаются на боковых областях туловища и разгибательных поверхностях верхних конечностей (рис. 5, 6). На коже живота наблюдаются два язвенных дефекта округлой формы до 3 и 5 см диаметром, слившиеся в один очаг. Края очага плотные, инфильтрированные, возвышаются над уровнем кожи, не подрыты. Дно дефекта покрыто грануляциями красного цвета с серозным отделяемым на поверхности (рис. 7). Наружные половые органы развиты правильно. На головке полового члена в области венечной борозды расположены эрозии ярко-красного цвета диаметром до 5 мм (рис. 8). Паховые лимфоузлы увеличены до 2 см, плотноэластической консистенции, безболезненны, не спаяны друг с другом и окружающими тканями, кожа над ними не изменена.

Обследование в стационаре

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови от 11.04.2019: повышение СОЭ до 12 мм/ч, других патологических изменений не выявлено;
- общий анализ мочи от 11.04.2019: лейкоциты — 10–12 в п/зр;
- биохимический анализ крови: билирубин — 11,03 ммоль/л; АСТ — 44 Ед/л; АЛТ — 42 Ед/л;
- кал на я/г от 11.04.2019: я/г не обнаружены;



Рис. 6. Единичные папуло-пустулезные элементы на коже разгибательных поверхностей верхних конечностей
Fig. 6. Single papular-pustular elements on the skin of the extensor surfaces of the upper limbs



Рис. 7. Язвенные дефекты на коже живота
Fig. 7. Ulcerative defects on the skin of the abdomen



Рис. 8. Эрозивные высыпания на коже головки полового члена
Fig. 8. Erosive rashes on the skin of the glans penis

- бактериоскопическое исследование клинического материала из уретры на *N. Gonorrhoeae* (окраска препарата по Граму) от 11.04.2019: не обнаружены; лейкоциты — 10–12 в п/зр;
- бактериоскопическое исследование нативного материала из уретры методом темнопольной микроскопии на *Tr. vaginalis* от 11.04.2019: не обнаружены.

Серологическое обследование при поступлении:

- РМП 4+, титр — 1:16 от 11.04.2019;
- РИФ от 11.04.2019: 4+;
- ИФА сумм от 11.04.2019 — 4+; ИФА IgG — обнаружены антитела к *Tr. pallidum* от 11.04.2019; КП — 17,2; титр — 1:2560.

На основании клинических данных и лабораторных обследований установлен диагноз: А51.3 вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Остатки твердого шанкра.

Назначено специфическое противосифилитическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 Ед 6 раз в сутки в/м в течение 28 дней [6]. Через 2 ч после первого введения пенициллина отмечены повышение температуры тела до 39,3 °С, общее недомогание, появление новых розеолезных элементов на коже туловища. Локально на язвенные дефекты назначены 3% раствор колларгола и 10% дерматоловая мазь дважды в день.

Общая курсовая доза — 168 000 000 Ед бензилпенициллина. Лечение перенес удовлетворительно. Получил полный курс специфического лечения [6].

При осмотре на момент выписки из стационара: состояние удовлетворительное. Розеолезные высыпания на коже полностью разрешились, на месте папуло-пустулезных элементов наблюдаются пятна застойной гиперемии, местами — с шелушением на поверхности. В области язвенного дефекта на коже живота — рубцовая атрофия кожи с гиперпигментацией, эрозии на половых органах заэпителизировались. Сохраняются очаги алопеции на волосистой части головы.

При выписке рекомендован клинико-серологический контроль у врача-дерматовенеролога по месту жительства [6].

Третий клинический случай

Пациент П. 1987 г.р. (31 год) был выявлен в ЦРБ как половой контакт. Проконсультирован врачом-дерматовенерологом.

Проведены серологические исследования: РМП 4+, титр — 1:64 от 10.04.2019; ИФА IgM 4+ от 10.04.2019; направлен на стационарное лечение в венерологическое отделение КОККВД с диагнозом «вторичный сифилис кожи и слизистых».

Из анамнеза заболевания: со слов больного безболезненная язва появилась 4 недели назад, в течение недели она стремительно увеличилась в размерах. С этого времени до момента осмотра несколько раз отмечал общее недомогание и боли в суставах, которые связывал с регулярным употреблением алкоголя и абстинентным синдромом. Через неделю после появления первого дефекта отметил появление высыпаний на коже головки полового члена, а спустя еще неделю появились высыпания на коже волосистой части головы и выпадение волос. Самостоятельно не лечился, антибиотики не принимал. На сифилис в течение последних двух лет не обследовался.

Из анамнеза жизни: не женат, постоянной половой партнерши не имеет, официально не трудоустроен, проживает с родителями в благоустроенном доме.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ) легкой степени тяжести. Состоит на учете у психиатра (посещал коррекционную школу).

Аллергические реакции, непереносимость лекарственных средств, ВИЧ (отрицательный от 10.04.2019), туберкулез, гепатиты А, В, С, гемотрансфузии, ОКИ, малярию, корь, ранее перенесенные ИППП — отрицает. По данным ФЛГ от 10.04.2019 легкие и сердце в норме.

Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективное состояние на момент поступления: без особенностей.

Локальный статус на момент поступления в стационар: на волосистой части головы наблюдаются мелкоочаговая алопеция, эритематозные пятна, папуло-пустулезные элементы до 7 мм в диаметре, покрытые геморрагическими и гнойно-геморрагическими корками (рис. 9). На коже туловища — обильная мелкая бледно-розовая пятнистая сыпь без тенденции к группиров-



Рис. 9. Мелкоочаговая алопеция, эритематозные пятна, папуло-пустулезные элементы, геморрагические и гнойно-геморрагические корки
 Fig. 9. Small-focal alopecia, erythematous spots, papular-pustular elements, hemorrhagic and purulent-hemorrhagic crusts



Рис. 10. Розеолезная сыпь на коже туловища, плоские папулы с краевым шелушением на ладонях
 Fig. 10. Roseolous rash on the skin of the body, flat papules with marginal peeling on the palms

ке. Также обнаружены единичные плоские папулы с краевым шелушением (воротничок Биетта) на коже ладоней (рис. 10). При осмотре лица выявлена мелкоочаговая алопеция ресниц (симптом Пинкуса, рис. 11). На коже лобковой и надлобковой области наблюдается язвенный дефект овальной формы до 7 см размером. Края язвенного дефекта инфильтрированы, несколько возвышаются над уровнем кожи, не подрыты. Дно дефекта покрыто грануляциями насыщенно красного цвета, на поверхности которых наблюдается опалесцирующее отделяемое. Наружные половые органы развиты правильно. На коже

головки и внутреннего листка крайней плоти — множественные эрозивные дефекты до 5 мм размером, творожистый налет, легко удаляемый шпателем (рис. 12). Паховые лимфоузлы пальпаторно не увеличены, безболезненны, не спаяны друг с другом и окружающими тканями, кожа над ними не изменена.

Обследование в стационаре

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови от 11.04.2019: патологических изменений не выявлено;



Рис. 11. Мелкоочаговая алопеция ресниц (симптом Пинкуса)
 Fig. 11. Small-focal alopecia of eyelashes (Pinkus sign)



Рис. 12. Язвенный гигантский шанкр, эрозии и творожистый налет на коже головки полового члена
 Fig. 12. Ulcerative chancre, erosion and cheesy plaque on the skin of the glans penis

- общий анализ мочи от 11.04.2019: лейкоциты — 10–15 в п/зр, обнаружена *C. albicans*;
- биохимический анализ крови: билирубин — 12,48 ммоль/л; АСТ — 46 Ед/л; АЛТ — 53 Ед/л;
- кал на я/г от 11.04.2019: я/г не обнаружены;
- бактериоскопическое исследование клинического материала из уретры на *N. Gonorrhoeae* (окраска препарата по Граму) от 11.04.2019: не обнаружены; лейкоциты 10–12 в п/зр, обнаружена *C. albicans*;
- бактериоскопическое исследование нативного материала из уретры методом темнопольной микроскопии на *Tr. vaginalis* от 11.04.2019: не обнаружены. Обнаружена *Tr. pallidum* методом темнопольной микроскопии отделяемого с язвы на коже лобка от 11.04.2019.

Серологическое обследование при поступлении:

- РМП 4+, титр — 1:64 от 11.04.2019;
- РИФ от 11.04.2019 — 4+;
- ИФА сумм от 11.04.2019 — 4+; КП — 17,0; титр — 1:2560.

На основании клинических данных и лабораторных исследований установлен диагноз: А51.3 вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Остатки твердого шанкра (обнаружена *Tr. pallidum* от 11.04.2019).

Назначено специфическое противосифилитическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 Ед 6 раз в сутки в/м в течение 28 дней [6]. Через 2 ч после первого введения пенициллина отмечены повышение температуры тела до 38,2 °С, общее недомогание, тахикардия. Локально на язвенный дефект назначены 3% раствор колларгола и 10% дерматоловая мазь дважды в день.

Общая курсовая доза — 168 000 000 Ед бензилпенициллина. Лечение перенес удовлетворительно. Получил полный курс специфического лечения [6].

При осмотре на момент выписки из стационара состояние удовлетворительное. Кожный покров свободен от специфических высыпаний, проявления сифилиса на коже полностью разрешились, на месте язвенного дефекта — атрофический рубец. Сохраняются очаги алопеции на волосистой части головы.

При выписке рекомендован клинико-серологический контроль у врача-дерматовенеролога по месту жительства [6].

Обсуждение

Описанный случай представляет интерес не только для врачей-дерматовенерологов, но и для врачей иных специальностей в силу следующих факторов. Мы наблюдали идентичную клиническую картину во всех описанных случаях: гигантские шанкры перигенитальной локализации, которые сами по себе являются редкостью, наличие одновременно остатков твердого шанкра и высыпаний, более характерных для рецидивного вторичного сифилиса (алопеция, узелковые, гнойничковые и язвенные элементы с тенденцией к некрозу).

Согласно некоторым источникам, папуло-пустулезный сифилид встречается в среднем у 2% больных вторичным сифилисом и чаще наблюдается у лиц с хроническими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, неврологическими расстройствами, раннее развитие сифилитической алопеции также связано с интоксикацией — в таких случаях говорят о «злокачественном» течении инфекции (*syphilis maligna*) [1, 7]. В случае же сопутствующей ВИЧ-инфекции вероятность злокачественного течения сифилиса увеличивается до 7% и может являться первым клиническим проявлением скрытой ВИЧ-инфекции [8–12].

Женщина, ставшая источником заражения для всех трех описанных пациентов, зная о своем заболевании, проигнорировала возможность своевременного лечения. В течение трех последующих месяцев еще шестеро мужчин, получавших специфическое противосифилитическое лечение в стационаре КОККВД, указали ее как половой контакт.

Заключение

В случае сифилиса вероятность заражения и распространения инфекции напрямую зависит от поведенческих факторов: большое количество половых партнеров, перекрывающиеся сексуальные связи, употребление алкоголя и других психоактивных веществ обуславливают ослабление контроля и пренебрежение мерами профилактики ИППП. Девиантное поведение и промискуитет способствуют распространению социально значимых инфекций, к числу которых относится и сифилис. ■

Литература/References

1. Соколовский Е.В., Михеев Г.Н., Красносельских Т.В., и др. Дерматовенерология: учебник для студентов учреждений высш. проф. мед. образования / под ред. Е.В. Соколовского. СПб.: СпецЛит; 2017. 687 с. [Sokolovskij EV, Miheev GN, Krasnosel'skih TV, et al. Dermatovenereology: textbook for students of institutions of higher prof. med. education. Ed. by Sokolovskij EV. Saint Petersburg: SpecLit; 2017. 687 p. (In Russ.)]
2. Евсеева А.Л., Кошкин С.В., Рябова В.В., Коврова О.С. Первичный сифилис экстрагенитальной локализации: описание клинических случаев. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;94(5):72–76. [Evseeva AL, Koshkin SV, Ryabova VV, Kovrova OS. Extragenital primary syphilis: a description of clinical cases. Vestnik dermatologii i Venerologii. 2018;94(5):72–76. (In Russ.)] doi: 10.25208/0042-4609-2018-94-5-72-76
3. Кошкин С.В., Чермных Т.В., Рябова В.В., Евсеева А.Л. Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клинические проявления, диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 136 с. [Koshkin SV, Chermnyh TV, Ryabova VV, Evseeva AL. Sifiliticheskaja infekcija na sovremennom etape: jepidemiologija, klinicheskie projavlenija, diagnostika i lechenie. Moskva: GEOTAR-Media; 2021. 136 s. (In Russ.)] doi: 10.33029/9704-6495-3-SIM-2021-1-136
4. Самцов А.В. Клинические проявления первичного и вторичного сифилиса. ПМЖ. 1998;15:4. [Samtsov AV. Klinicheskie projavlenija pervičnogo i vtoričnogo sifilisa. RMJ. 1998;15:4. (In Russ.)]
5. Сифилис: клинические рекомендации. М.: Российское общество дерматовенерологов и косметологов; 2020. [Sifilis: Klinicheskie

rekomendacii. Moscow: Rossijskoe obshhestvo dermatovenerologov i kosmetologov; 2020. (In Russ.)]

6. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс; 2016. 768 с. [Federal clinical guidelines. Dermatovenerology 2015: Skin diseases. Sexually transmitted infections. 5th ed., revised. and additional M.: Delovoy Express; 2016. 768 p.]

7. Gong H-Z, Wu M-Y, Li J, Zheng H-Y. The Great Imitator: Atypical Cutaneous Manifestations of Primary Syphilitic Chancre. *Chin Med Sci J*. 2021;36(4):279–283. doi: 10.24920/003842

8. Requena CB, Orasmo CR, Ocanha JP, Barraviera SR, Marques ME, Marques SA. Malignant syphilis in an immunocompetent female patient. *An Bras Dermatol*. 2014;89(6):970–972. doi: 10.1590/abd1806-4841.20143155

9. Wibisono O, Idrus I, Djawad K. Malignant Syphilis: A Systematic Review of the Case Reports Published in 2014–2018. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2021;112(8):725–734. doi: 10.1016/j.adengl.2021.05.014

10. Djawad K. Malignant Syphilis as an Initial Presentation of HIV Infection: A Case Report. *International Journal of Dermatology and Venereology*. 2021;4(3):192–194. doi: 10.1097/JD9.000000000000162

11. Lueking R, Lazarte S. Malignant Syphilis. *N Engl J Med*. 2022;386(11):e26. doi: 10.1056/NEJMicm2113327

12. Кошкин С.В., Евсеева А.Л., Рябова В.В., Коврова О.С. Особенности течения сифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов — клинический случай. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2020;96(1):52–57. [Koshkin SV, Evseeva AL, Ryabova VV, Kovrova OS. Features of the course of syphilis in HIV infected patients. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2020;96(1):52–57. (In Russ.)] doi: 10.25208/vdv553-2020-96-1-52-57

Участие авторов: все авторы несут ответственность за содержание и целостность всей статьи. Концепция и дизайн исследования — С.В. Кошкин; сбор и обработка материала, написание текста, редактирование — С.В. Кошкин, А.Л. Евсеева, В.В. Рябова, К.Ю. Поспелова.

Authors' participation: all authors are responsible for the content and integrity of the entire article. Concept and design of the study — Sergei V. Koshkin; collection and processing of material, writing and editing text — Sergei V. Koshkin, Anna L. Evseeva, Vera V. Ryabova, Kristina Yu. Pospelova.

Информация об авторах

***Кошкин Сергей Владимирович** — д.м.н., профессор; адрес: Россия, 610027, Киров, ул. К. Маркса, д. 112; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6220-8304>; eLibrary SPIN: 6321-0197; e-mail: koshkin_sergei@mail.ru

Евсеева Анна Леонидовна — ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6680-283X>; eLibrary SPIN: 2409-6034; e-mail: jls0105@icloud.com

Рябова Вера Владимировна — к.м.н.; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6594-6652>; eLibrary SPIN: 5573-6747; e-mail: ryabova.vv@gmail.com

Поспелова Кристина Юрьевна — ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6242-9046>; e-mail: kf11@kirovgma.ru

Information about the authors

***Sergei V. Koshkin** — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; address: 112 K. Marx street, 610027 Kirov, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6220-8304>; eLibrary SPIN: 6321-0197; e-mail: koshkin_sergei@mail.ru

Anna L. Evseeva — ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6680-283X>; eLibrary SPIN: 2409-6034; e-mail: jls0105@icloud.com

Vera V. Ryabova — MD, Cand. Sci. (Med.); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6594-6652>; eLibrary SPIN: 5573-6747; e-mail: ryabova.vv@gmail.com

Kristina Yu. Pospelova — ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6242-9046>; e-mail: kf11@kirovgma.ru

Статья поступила в редакцию: 16.05.2023

Принята к публикации: 26.09.2023

Опубликована онлайн: 25.10.2023

Submitted: 16.05.2023

Accepted: 26.09.2023

Published online: 25.10.2023