

<https://doi.org/10.25208/vdv16750>



Клинический опыт ведения пациентов с лимфогранулемой венерической

© Плахова К.И.*, Катунин Г.Л., Абудуев Н.К., Васильев М.М.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии, Москва, Россия

В статье представлены два клинических случая лимфогранулемы венерической с классическими проявлениями заболевания. В первом случае прослеживается стадийность лимфогранулемы венерической: появление первичного аффекта (язва на половом члене), развитие через несколько недель регионарного (пахового) лимфаденита и проктита (аноректальный синдром). На фоне назначенной антибактериальной терапии по схеме доксициклин в дозе 100 мг 2 раза/сут в течение 21 дня клинические проявления полностью разрешились. Второй случай интересен развитием клинической картины лимфогранулемы венерической со второй стадии заболевания (паховый синдром) и неэффективностью лечения доксициклином, что в дальнейшем потребовало хирургического вмешательства. Кроме того, в данном случае первоначально ДНК *Chlamydia trachomatis* была обнаружена в соскобе из уретры без признаков воспаления мочеиспускательного канала, что является редкостью для этого заболевания. Для лечения пациента с «паховым синдромом» как клиническим проявлением лимфогранулемы венерической был успешно применен антибиотик группы фторхинолонов — левофлоксацин по схеме 500 мг 2 раза/сут в течение 28 дней.

Ключевые слова: лимфогранулема венерическая; клинический случай; «аноректальный синдром»; «паховый синдром»

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 в журнале «Вестник дерматологии и венерологии».

Для цитирования: Плахова К.И., Катунин Г.Л., Абудуев Н.К., Васильев М.М. Клинический опыт ведения пациентов с лимфогранулемой венерической. Вестник дерматологии и венерологии. 2024;100(4):68–77. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv16750>



<https://doi.org/10.25208/vdv16750>

Clinical experience in managing patients with lymphogranuloma venereum

© Xenia I. Plakhova*, Georgiy L. Katunin, Nazirbek K. Abuduyev, Mikhail M. Vasiliev

State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow, Russia

The article presents two clinical cases of lymphogranuloma venereum with classic manifestations of the disease. In the first case, the stages of lymphogranuloma venereum can be traced: the appearance of a primary affect (ulcer on the penis), the development after a few weeks of regional (inguinal) lymphadenitis and proctitis (anorectal syndrome). On the background of prescribed antibiotic therapy according to the regimen: doxycycline at a dose of 100 mg twice a day for 21 days, the clinical manifestations completely resolved. The second case is interesting in the development of the clinical picture of lymphogranuloma venereum from the second stage of the disease (inguinal syndrome) and the ineffectiveness of treatment with doxycycline, which subsequently required surgical intervention. In addition, in this case, *Chlamydia trachomatis* DNA was initially detected in a urethral scraping without evidence of urethral inflammation, which is rare for this disease. To treat a patient with “inguinal syndrome” as a clinical manifestation of lymphogranuloma venereum, a fluoroquinolone antibiotic, levofloxacin, was successfully used according to the regimen 500 mg twice a day for 28 days.

Keywords: lymphogranuloma venereum; clinical case; “anorectal syndrome”; “inguinal syndrome”

Conflict of interest: the authors declare that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Funding source: the manuscript was prepared at the personal expense of the author’s team.

Patient consent: all patients voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in an impersonal form in the journal “Vestnik Dermatologii i Venerologii”.

For citation: Plakhova XI, Katunin GL, Abuduyev NK, Vasiliev MM. Clinical experience in managing patients with lymphogranuloma venereum. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2024;100(4):68–77.
doi: <https://doi.org/10.25208/vdv16750>



■ Актуальность

Лимфогранулема венерическая (бубон тропический, болезнь Дюрана–Никола–Фавра, лимфогранулема паховая, четвертая венерическая болезнь) — инфекция, передаваемая половым путем (ИППП), со стадийным клиническим течением, вызывается *Chlamydia trachomatis* серотипами/генотипами L1, L2 и L3.

Лимфогранулема венерическая (ЛГВ) эндемична для тропических и субтропических районов мира и чаще регистрируется в странах Юго-Восточной Азии, Индии, Карибского бассейна, Южной Америки, некоторых районах Африки [1–3]. С 2003 г. рост случаев ЛГВ отмечается в Европе, Северной Америке, Австралии [2, 3]. По данным Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC), в Европейском союзе в 2016 г. было зарегистрировано более 2300, а в 2017 г. — почти 2000 новых случаев ЛГВ [4]. Большинство случаев ЛГВ наблюдались у мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), с преимущественным поражением прямой и толстой кишки (проктит/проктолит), среди выявленных случаев ЛГВ 64% пациента были ВИЧ-позитивные. Исследование, проведенное в 2014–2017 гг. в ряде стран Центральной и Восточной Европы, показало, что из протестированных 500 положительных на *C. trachomatis* ректальных биологических образцов (соскобов), взятых от МСМ, в 25,6% был обнаружен возбудитель ЛГВ [5]. В аналогичном исследовании, проведенном в России (г. Москва) и опубликованном в 2022 г., было протестировано 534 ректальных соскоба от МСМ, посещающих проктолога, в 199 случаях была обнаружена *C. trachomatis*, из них в 68,8% — возбудитель ЛГВ [6]. По данным литературы, в последние годы также отмечается увеличение числа пациентов ЛГВ с отрицательным ВИЧ-статусом и другими сопутствующими ИППП [3, 7].

Ранее классификация типов *C. trachomatis* основывалась на серологическом типировании — обнаружении различных антигенов внешней мембраны бактерий. В настоящее время классификация типов *C. trachomatis* основана на определении однонуклеотидного полиморфизма в гене, кодирующем белок наружной мембраны хламидии, — *ompA* [2, 3, 5]. В последние годы в Европе наиболее распространенным генотипом *C. trachomatis*, вызывающим ЛГВ, являются генотип L2 и подтип L2b, предположительно завезенный в Европу из стран Северной Америки [2, 3, 5, 7]. Ряд исследователей сообщили о появлении в разных частях мира нового гибридного генотипа L2b/D–Da, обусловленного рекомбинацией ДНК генотипов D–Da и L2 *C. trachomatis* [8]. Патогенные свойства *C. trachomatis* серотипов/генотипов L1, L2 и L3 позволяют бактерии проникать и размножаться в клетках лимфатической системы, вызывая воспаление лимфатических сосудов и лимфатических узлов [1–3].

ЛГВ является заболеванием со стадийным клиническим течением. Инкубационный период в среднем составляет от 3 до 30 дней. Клинические проявления первой стадии ЛГВ локализуются в месте внедрения возбудителя — половых органах, перианальной области или слизистой прямой кишки, ротоглотке. На половом члене у мужчин, вульве, стенке влагалища или шейке матки у женщин появляются безболезненные, единичные или множественные папулы или пустулы, в дальнейшем на их месте развиваются язвы. При расположении первичного поражения на слизистой мочеиспускатель-

ного канала нередко возникают симптомы уретрита. Симптомами проктита/проктоколита (аноректального синдрома) могут быть боль или дискомфорт в области заднего прохода, слизисто-гнойные или кровянистые выделения из прямой кишки, тенезмы, запоры или диарея, а также боль в нижней части живота. Поражение полости рта и глотки встречается редко и проявляется симптомами фарингита или тонзиллита [1–3, 9].

Симптомы второй стадии ЛГВ появляются примерно через 2–6 недель от начала первичного поражения и связаны с развитием регионарного лимфаденита, лимфангита и гематогенным распространением инфекции. При локализации первичных клинических проявлений заболевания в области полового члена, вульвы или уретры развивается «паховый синдром». Паховые и/или бедренные лимфатические узлы постепенно увеличиваются, спаиваются между собой и окружающими тканями. Нарастающий воспалительный процесс приводит к образованию гнойных конгломератов (бубонов), кожа над лимфатическими узлами приобретает застойно-красный цвет и истончается, возникают очаги флюктуации с последующим образованием свищей и выделением из них гноя. Примерно у 10–20% больных лимфаденит появляется с обеих сторон паховой связки (симптом борозды), что является патогномичным симптомом ЛГВ. При первичном поражении влагалища, шейки матки или прямой кишки в воспалительный процесс вовлекаются подвздошные, глубокие тазовые, забрюшинные и/или периректальные лимфатические узлы, что сопровождается болью в пояснице и в низу живота или симптомами проктита/проктоколита при поражении прямой кишки (аноректальном синдроме). При развитии патологического инфекционного процесса в ротоглотке отмечается шейный лимфаденит (фарингеальный синдром). Поражение лимфатических узлов приводит к появлению интоксикаций, мышечной и суставной боли, повышению температуры тела [1–3].

Третья стадия ЛГВ (аногениторектальный синдром) возникает у нелеченых лиц через 1–3 года от начала заболевания, чаще у женщин и МСМ. При развитии хронического проктоколита у больных постепенно формируется стеноз прямой кишки, язвенно-гранулематозные поражения ведут к образованию периректальных абсцессов и свищей, у женщин могут возникать ректовагинальные свищи. Нарушение оттока в пораженных лимфатических и венозных сосудах половых органов сопровождается длительным отеком и склерозирующим фиброзом тканей, способствует увеличению (слонозности) и изъязвлению пораженных органов — образованию так называемого эстиомена [1–3].

К редким проявлениям ЛГВ относят реактивный артрит, поражение сердца, печени, менингит и воспалительные заболевания глаз [1–3].

При постановке диагноза ЛГВ основываются на анамнестических и эпидемиологических данных, характерной клинической картине заболевания и результатах лабораторных методов исследования. Отделяемое эрозий или язв половых органов, соскобы со слизистой оболочки ротоглотки, уретры или прямой кишки и биологические образцы пораженных лимфатических узлов (аспират, отделяемое) могут быть исследованы на наличие *C. trachomatis* с использованием культуры клеток или молекулярно-биологических методов.

В настоящее время предпочтительными методами исследования клинического материала являются методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) для обнаружения ДНК *C. trachomatis*, например полимеразная цепная реакция (ПЦР) в качестве первого этапа диагностики ЛГВ. В случае положительного результата проводят МАНК на обнаружение специфических фрагментов ДНК серотипов/генотипов L1–L3 *C. trachomatis*. Однако на практике эти тесты необщедоступны и могут существенно различаться по специфичности и чувствительности в зависимости от места взятия клинического материала и производителя тест-систем [2, 3, 10]. Применение культурального исследования для лабораторной диагностики ЛГВ ограничивается ввиду трудоемкости проведения, высокой стоимости и чувствительности метода, не превышающего 75–85% [2, 3]. Для диагностики ЛГВ также используются серологические методы исследования сыворотки крови, которые становятся положительными через 2–4 недели после инфицирования. Подтверждение диагноза у пациента с симптомами ЛГВ возможно при обнаружении высоких титров антител к *C. trachomatis* (особенно IgA и IgM) в иммуноферментном анализе (ИФА), титре антител 1:64 и выше в реакции связывания комплемента с хламидийным антигеном или титре антител 1:128 и выше в микроиммунофлюоресцентном тесте с антигенами *C. trachomatis*. Также диагностическим является четырехкратное и более повышение титра антител в образцах крови, взятых с интервалом в 2 недели наблюдения. Серологические методы не строго специфичны для ЛГВ, а интерпретация результатов серологических тестов не стандартизирована и не подтверждена исследованиями, что не позволяет в настоящее время рекомендовать их широкое применение при рутинной лабораторной диагностике этого заболевания [2, 3, 11, 12]. Дополнительную помощь в диагностике ЛГВ могут оказать результаты клинического анализа крови (лейкоцитоз, моноцитоз, эозинофилия, повышенная СОЭ) [1].

Во всех случаях ЛГВ показана этиотропная терапия. Препаратами выбора для лечения пациентов с ЛГВ являются антибактериальные препараты, активные в отношении *C. trachomatis*. Препарат первой линии — доксициклин, который назначается в дозе 100 мг 2 раза/сут в течение 21 дня. Альтернативные препараты назначают по следующим схемам: эритромицин в дозе 500 мг 4 раза/сут в течение 21 дня или азитромицин в дозе 1 г 1 раз/нед в течение 3 недель. Эффективность лечения пациентов с ЛГВ также была показана при назначении миноциклина, рифампицина и моксифлоксацина. Необходимость хирургического вмешательства возникает в случае поражения лимфатических узлов, например при развитии «пахового синдрома», при «аногенито-ректальном синдроме», эстиоме и других поздних проявлениях заболевания. Все пациенты, получившие лечение по поводу ЛГВ, должны находиться под наблюдением до исчезновения клинических симптомов и для проведения контрольных лабораторных исследований [2, 3, 11, 12].

Первый клинический случай

Пациент Р., 35 лет, житель г. Москвы, обратился в консультативно-диагностический центр ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России с жалобами на образование на коже полового члена, появившееся около 1 месяца назад, также пациент отмечал возникшее в течение последней не-

дели чувство вздутия живота, единичный эпизод крови в кале и периодически возникающий «холодный пот».

Анамнез жизни. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно лечение не проводил. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не употреблял. Профессиональных вредностей нет. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Оперативных вмешательств не было. Наследственность не отягощена. Эпидемиологический анамнез: сифилис (2016 г., снят с клинико-серологического контроля), инфекционный гепатит, туберкулез, малярию, корь, ранее перенесенные другие ИППП — отрицает. Два месяца назад находился в Калифорнии (США), где имел незащищенный половой контакт со случайным половым партнером (мужчиной). Аллергологический анамнез: не отягощен. Семейно-половой анамнез: не женат, указывает на периодические случайные половые связи, в том числе на половые контакты с мужчинами, последний половой контакт — 1 месяц назад.

Результаты физикального и лабораторного исследования. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, ориентирован в месте и времени. Температура тела — 36,9 °С; АД — 120/70 мм рт. ст. Кожные покровы туловища и конечностей свободны от высыпаний, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Наружные половые органы: развиты согласно полу и возрасту. На коже полового члена визуализируется безболезненная язва с четкими границами, овальной формы, до 0,5 см в диаметре. В правой и левой паховых областях кожа обычной окраски. При пальпации справа и слева паховые лимфатические узлы умеренно увеличены, не спаяны, мягко-эластической консистенции, безболезненны (рис. 1). В результате лабораторного ис-



Рис. 1. Язвенное поражение на коже полового члена
Fig. 1. Ulcerative lesion on the skin of the penis

следования соскоба из язвы методом ПЦР на комплекс ИППП обнаружена ДНК *C. trachomatis*. Исследование ректального мазка методом ПЦР на комплекс ИППП: обнаружена ДНК *C. trachomatis*. Других ИППП не выявлено.

ИФА к антителам к *C. trachomatis*: IgG — 10,25 (референсные значения выше 1,1 положительно); IgA — 13,41 (референсные значения выше 1,1 положительно); IgM — положительно.

Консультация врача-колопроктолога: множественные кровоизлияния в стенке прямой кишки, гнойное отделяемое. Венерическая лимфогранулема?

Дифференциальный диагноз. Учитывая данные анамнеза (незащищенный половой контакт за пределами Российской Федерации), клиническую картину (безболезненная язва на коже полового члена, жалобы на вздутие живота, кровь в кале), консультацию врача-колопроктолога, результаты лабораторного обследования (ПЦР и высокие титры антител к *C. trachomatis*) установлен **диагноз:** А55. Хламидийная лимфогранулема (венерическая) (аноректальный синдром).

Лечение. Доксициклин 100 мг перорально 2 раза/сут в течение 21 дня. Лечение перенес хорошо, привел в полном объеме.

Исход и результаты последующего наблюдения. После окончания лечения клиническая симптоматика полностью разрешилась, при контрольном обследовании *C. trachomatis* методом ПЦР не выявлена.

Второй клинический случай

Пациент А., 40 лет, житель г. Москвы, обратился 08.11.2022 в консультативно-диагностический центр ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России с жалобами на увеличение паховых лимфоузлов в течение 4 дней и с целью обследования на ИППП.

За медицинской помощью не обращался, самостоятельно лечение не проводил.

Анамнез жизни. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не употреблял. Профессиональных вредностей нет. Перенесенные заболевания: ОРВИ, хронический геморрой. Оперативных вмешательств не было. Наследственность не отягощена. Эпидемиологический анамнез: сифилис, инфекционный гепатит, туберкулез, малярию, корь, ранее перенесенные ИППП — отрицает. За пределы Московского региона в течение последних 6 месяцев не выезжал. Из анамнеза известно, что пациент по поводу ВИЧ-инфекции получает антиретровирусную терапию с 2018 г., в настоящее время наблюдается в Московском городском центре профилактики и борьбы со СПИДом ДЗМ (МГЦ СПИД), последнее плановое обследование у врача-инфекциониста проводилось 6 месяцев назад. Аллергологический анамнез: не отягощен. Семейно-половой анамнез: не женат, указывает на периодические случайные половые связи, в том числе на половые контакты с мужчинами, последний незащищенный половой контакт — 2,5 месяца назад.

Результаты физикального исследования. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, ориентирован в месте и времени. Кожные покровы туловища и конечностей свободны от высыпаний, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Наружные половые органы развиты согласно полу и возрасту, без высыпаний. В правой и левой паховых областях кожа обычной окраски. При паль-



Рис. 2. Двусторонняя паховая лимфаденопатия
Fig. 2. Bilateral inguinal lymphadenopathy

пации справа и слева паховые лимфатические узлы увеличены до 1,0–1,5 см, плотноэластической консистенции, не спаяны, безболезненны (рис. 2).

Предварительный клинический диагноз: Двусторонняя паховая лимфаденопатия. R59.0 Локализованное увеличение лимфатических узлов. Z11.3 Специальное скрининговое обследование с целью выявления ИППП.

Лечение. Назначено комплексное обследование: микроскопическое исследование соскоба из уретры, исследование соскоба из уретры методом ПЦР на комплекс ИППП, серологическое исследование крови на выявление антител (IgA, IgM, IgG) к *Treponema pallidum* в ИФА, клинический анализ крови. Рекомендована консультация врача-инфекциониста МГЦ СПИД.

На повторную консультацию пациент обратился 17.11.2022 с жалобами на увеличение и болезненность паховых лимфоузлов, периодическое повышение температуры тела в пределах 37,0–37,5 °С, ночную потливость.

Осмотр. Состояние удовлетворительное. В правой и левой паховых областях кожа розовой окраски, отмечается отечность мягких тканей. Пальпируется плотный воспалительный инфильтрат над паховыми лимфоузлами и окружающих кожи и подкожной клетчатки, справа и слева паховые лимфоузлы плотноэластической консистенции, спаяны между собой и увеличены до 1,5–2,0 см, умеренно болезненны (рис. 3).



Рис. 3. Двусторонний паховый лимфаденит с воспалительным инфильтратом окружающих кожи и подкожной клетчатки
Fig. 3. Bilateral inguinal lymphadenitis with inflammatory infiltrate of the surrounding skin and subcutaneous tissue

Результаты лабораторного исследования.

Клинический анализ крови от 08.11.2022: эритроциты — $4,49 \times 10^6$ /мкл; гемоглобин — 15,5 г/дл; цветной показатель — 1,04; гематокрит — 43,6%; тромбоциты — 195×10^3 /мкл; лейкоциты — $8,97 \times 10^3$ /мкл; нейтрофилы абс. — $5,74 \times 10^3$ /мкл; нейтрофилы — 65%; лимфоциты абс. — $1,64 \times 10^3$ /мкл; лимфоциты — 21%; моноциты абс. — $1,37 \times 10^3$ /мкл; моноциты — 12%; базофилы абс. — $0,00 \times 10^9$ /л; базофилы — 0%; эозинофилы абс. — $0,09 \times 10^3$ /мкл; эозинофилы — 1%; СОЭ — 13 мм/ч.

Микроскопическое исследование соскоба из уретры от 08.11.2022: без особенностей.

Серологическое исследование крови на выявление антител к *T. pallidum* от 11.11.2022: ИФА (суммарно IgA, IgM, IgG) — отрицательный.

Исследование соскоба из уретры методом ПЦР на комплекс ИППП от 11.11.2022: обнаружена ДНК *C. trachomatis*.

Предварительный клинический диагноз: Лимфогранулема венерическая (паховый синдром). А55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая).

Лечение. Назначена антибактериальная терапия: доксицилин 100 мг 2 раза/сут в течение 21 дня.

Назначено дополнительное обследование: серологическое исследование крови на выявление антител (IgA, IgM, IgG) к *C. trachomatis* в ИФА.

Рекомендованы проведение ультразвукового исследования (УЗИ) мягких тканей паховой области и консультация врача-инфекциониста МГЦ СПИД.

На повторную консультацию пациент обратился 24.11.2022. Жалобы на увеличение и болезненность паховых лимфоузлов.

Осмотр. Состояние удовлетворительное. В правой и левой паховых областях кожа розово-красной окраски, отмечается отечность мягких тканей. Пальпируется плотный воспалительный инфильтрат над паховыми лимфоузлами и окружающих кожи и подкожной клетчатки, справа и слева паховые лимфоузлы плотнoэластической консистенции, спаяны между собой и увеличены до 1,5–2,0 см, умеренно болезненны. В левой паховой области воспалительный инфильтрат и увеличенные лимфоузлы разделены паховой связкой — симптом борозды (рис. 4).

Результаты лабораторного исследования. Серологическое исследование крови на выявление антител

к *C. trachomatis* от 23.11.2022: ИФА IgM — положительный; IgA — отрицательный; IgG — отрицательный.

УЗИ мягких тканей паховой области пациентом не проведено.

На консультацию к врачу-инфекционисту пациент не обращался.

Предварительный клинический диагноз: Лимфогранулема венерическая (паховый синдром). А55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая).

Рекомендовано: продолжение антибактериальной терапии — доксицилин 100 мг 2 раз/сут в течение 14 дней; проведение УЗИ мягких тканей паховой области; консультации врача-хирурга и врача-инфекциониста МГЦ СПИД.

На повторную консультацию пациент обратился 02.12.2022. Жалобы на увеличение и болезненность паховых лимфоузлов, гнойные выделения из мягких тканей правой паховой области. Гнойные выделения отмечал в течение нескольких часов.

Осмотр. Состояние относительно удовлетворительное. В правой и левой паховых областях кожа синюшно-красной окраски, отмечается выраженная отечность мягких тканей. Пальпируется плотный воспалительный инфильтрат с отдельными изолированными очагами размягчения над паховыми лимфоузлами и окружающих кожи и подкожной клетчатки, паховые лимфоузлы спаяны между собой, плотнoэластической консистенции, увеличены и болезненны с двух сторон, размеры четко не определяются. В правой паховой области отмечается вскрытие воспалительного инфильтрата с образованием свища и выделением желтоватобелого гноя, в левой паховой области воспалительный инфильтрат и увеличенные лимфоузлы разделены паховой связкой — симптом борозды (рис. 5, 6).

29.11.2022 консультирован врачом-инфекционистом МГЦ СПИД, назначено обследование.

Результаты лабораторного исследования. Клинический анализ крови (МГЦ СПИД) от 30.11.2022: эритроциты — $4,72 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин — 144 г/л; цветной показатель — 1,04; гематокрит — 46,8%; тромбоциты — 299×10^9 /л; лейкоциты — $12,0 \times 10^9$ /л; нейтрофилы абс. — $7,39 \times 10^9$ /л; нейтрофилы — 61,7%; лимфоциты абс. — $3,22 \times 10^9$ /л; лимфоциты — 26,9%; моноциты абс. — $1,22 \times 10^9$ /л; моноциты — 10,2%; базофилы абс. — $0,05 \times 10^9$ /л; базофилы — 0,4%; эозинофилы абс. — $0,10 \times 10^9$ /л; эозинофилы — 0,9%.



Рис. 4. Двусторонний паховый лимфаденит с воспалительным инфильтратом окружающих кожи и подкожной клетчатки, в левой паховой области — симптом борозды
Fig. 4. Bilateral inguinal lymphadenitis with inflammatory infiltrate of the surrounding skin and subcutaneous tissue, in the left groin area there is a symptom of a groove



Рис. 5. Двусторонний паховый лимфаденит с воспалительным инфильтратом окружающих кожи и подкожной клетчатки, в правой паховой области — образование свища, в левой паховой области — симптом борозды
Fig. 5. Bilateral inguinal lymphadenitis with an inflammatory infiltrate of the surrounding skin and subcutaneous tissue, fistula formation in the right inguinal region, and a furrow symptom in the left inguinal region



Рис. 6. Правосторонний паховый лимфаденит с воспалительным инфильтратом окружающей кожи и подкожной клетчатки, образование свища и выделение желтовато-белого гноя

Fig. 6. Right-sided inguinal lymphadenitis with inflammatory infiltrate of the surrounding skin and subcutaneous tissue, fistula formation and discharge of yellowish-white pus

Иммунный статус (МГЦ СПИД) от 30.11.2022: Т-хелперы (CD45/CD3+/CD4+) — 25%; Т-хелперы (CD45/CD3+/CD4+) абс. — 803 кл/мкл; Т-цитотоксические (CD45/CD3+/CD8+) — 52%; Т-цитотоксические (CD45/CD3+/CD8+) абс. — 1675 кл/мкл; CD4+/CD8+ — 0,48.

ПЦР-исследования (МГЦ СПИД) от 30.11.2022: РНК ВИЧ-1 (immunodeficiency virus, HIV) — не обнаружена.

Биохимический анализ крови (МГЦ СПИД) от 30.11.2022: глюкоза — 4,7 ммоль/л; общий белок — 73 г/л; альбумин — 44 г/л; АЛТ — 31 Ед/л; АСТ — 28 Ед/л; билирубин общий — 9,3 мкмоль/л; билирубин прямой — 3,4 мкмоль/л; ЛДГ — 171 Ед/л; щелочная фосфатаза — 104 Ед/л; ГГТ — 27 Ед/л; креатинин — 92,9 мкмоль/л; мочевина — 6,6 ммоль/л; мочевая кислота — 209 мкмоль/л; холестерин — 5,49 ммоль/л; ЛПВП — 1,35 ммоль/л; ЛПНП — 4,07 ммоль/л; триглицериды — 1,73 ммоль/л; железо — 23,4 мкмоль/л; магний — 0,95 ммоль/л; кальций — 2,42 ммоль/л; АСЛО — 182 МЕ/мл; ревматоидный фактор — < 20 МЕ/мл; С-реактивный белок — 20,1 мг/л.

УЗИ мягких тканей паховой области пациентом не проведено.

На консультацию к врачу-хирургу пациент не обращался.

Предварительный клинический диагноз: Лимфогранулема венерическая (паховый синдром). А55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая).

Лечение. Доксициклин отменен. Назначена антибактериальная терапия: левофлоксацин 500 мг 2 раза/сут в течение 21 дня.

Назначено дополнительное обследование: серологическое исследование крови на выявление антител (IgA, IgM, IgG) к *S. trachomatis* в ИФА, взят биологический материал (гнойные выделения свища правой паховой области) для исследования методом ПЦР на обнаружение ДНК *S. trachomatis*.

Рекомендовано: срочная консультация врача-хирурга; проведение УЗИ мягких тканей паховой области и компьютерной томографии (КТ) органов малого таза.

На повторную консультацию пациент обратился 12.12.2022. Жалобы на небольшую болезненность паховых лимфоузлов.

Пациент предоставил медицинскую документацию. Осмотр врача-хирурга от 02.12.2022: у пациента

двусторонний гнойный паховый лимфаденит, ему показана операция — вскрытие и дренирование двустороннего лимфаденита. Операция: над воспалившимися лимфоузлами справа и слева выполнены 3 разреза кожи и подкожной клетчатки по 2 см длиной каждый, выделилось до 10 мл густого белого гноя справа и слева. Полости абсцессов промыты 3% раствором перекиси водорода и водным раствором хлоргексидина 0,05%. Установлены резиновые выпускники, повязка с раствором повидон-йод 10%. Проводятся ежедневные перевязки врачом-хирургом.

Осмотр. Состояние удовлетворительное. В правой и левой паховых областях кожа от розово-красной до синюшно-красной окраски, на коже правой паховой области операционный разрез до 2 см, на коже левой паховой области два операционных разреза до 2 см, отмечаются скудные серозно-геморрагические выделения из разрезов слева. Пальпируется незначительный мягкий инфильтрат над паховыми лимфоузлами и окружающей кожи и подкожной клетчатки, справа и слева паховые лимфоузлы плотноэластической консистенции, не спаяны между собой, размером до 1 см, умеренно болезненны (рис. 7).

Результаты лабораторного и инструментального исследования. Серологическое исследование крови на выявление антител к *S. trachomatis* от 02.12.2022: ИФА IgM — отрицательный; IgA — положительный; IgG — положительный.

Исследование биологического материала (гнойные выделения свища правой паховой области) методом ПЦР от 05.12.2022: обнаружена ДНК *S. trachomatis*.

Заключение УЗИ мягких тканей паховой области от 02.12.2022: УЗИ-признаки воспалительной инфильтрации мягких тканей паховой области с признаками абсцедирования справа и слева, паховой лимфаденопатии.

Заключение КТ органов малого таза с болюсным внутривенным контрастированием от 10.12.2022: КТ-картина состояния после вскрытия и дренирования гнойников в паховой области.

Диагноз: Лимфогранулема венерическая (паховый синдром). А55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая).

Рекомендовано продолжить антибактериальную терапию: левофлоксацин 500 мг 2 раза/сут в течение 14 дней.

Назначено дополнительное обследование: взят биологический материал (серозно-геморрагические выделения из операционных разрезов левой паховой



Рис. 7. Паховые области после вскрытия и дренирования абсцессов от 02.12.2022

Fig. 7. Inguinal areas after opening and drainage of abscesses dates 12.02.2022



Рис. 8. Поствоспалительная гиперпигментация паховых областей
Fig. 8. Post-inflammatory hyperpigmentation of the groin areas

области) для исследования методом ПЦР на обнаружение ДНК *C. trachomatis*.

На повторную консультацию пациент обратился 26.12.2022. Жалоб не предъявлял.

Осмотр. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы туловища и конечностей свободны от высыпаний, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены, наружные половые органы без высыпаний. На коже правой и левой паховых областей пятна поствоспалительной гиперпигментации с нечеткими границами от светло-коричневой до голубовато-серой окраски, операционные разрезы в стадии образования рубца. Пальпируются справа и слева паховые лимфоузлы плотноэластической консистенции, не спаяны между собой, размером до 0,5–1,0 см, безболезненны (рис. 8).

Результаты лабораторного исследования. Исследование биологического материала (серозно-геморрагические выделения из операционных разрезов левой паховой области) методом ПЦР от 15.12.2022: ДНК *C. trachomatis* не обнаружена.

Окончательный клинический диагноз: Лимфогранулема венерическая (паховый синдром). А55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая).

Лечение. Рекомендовано продолжить антибактериальную терапию: левофлоксацин 500 мг 2 раза/сут до 28 дней.

Исход и результаты последующего наблюдения. В настоящее время пациент наблюдается в консультативно-диагностическом центре ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России.

Обсуждение

В последние годы в ряде стран (Европейского союза, Северной Америки) отмечается подъем заболеваемости ЛГВ. Большинство случаев ЛГВ зарегистрировано у МСМ, с преобладанием в клинической картине симптомов поражения прямой и толстой кишки, в то время как классические проявления заболевания наблюдаются нечасто. Кроме того, среди МСМ с ЛГВ отмечается высокий уровень распространенности других ИППП и ВИЧ-инфекции. Факторами, влияющими на эпидемический процесс, выступают ограниченная доступность специфических методов лабораторной диагностики ЛГВ, отсутствие стандар-

тизации лабораторных методов с различной диагностической эффективностью, различия в алгоритмах ведения больных с манифестными и бессимптомными формами заболевания, а также их половых партнеров, недостаточная профилактическая работа с лицами из групп риска [2, 3, 7].

В России случаи ЛГВ считаются редкостью, и в настоящее время официальные статистические данные по заболеваемости этой инфекцией отсутствуют. Однако недавнее исследование, проведенное в г. Москве, показало, что ЛГВ достаточно распространена среди посещающих проктологов МСМ. Так, из 534 пациентов, обратившихся за проктологической помощью, у 137 был обнаружен возбудитель ЛГВ при исследовании ректальных соскобов с помощью специфического МАНК, среди них 67,2% пациентов были ВИЧ-позитивными [6].

Описанные нами клинические случаи ЛГВ демонстрируют классические проявления заболевания. В первом случае прослеживается стадийность ЛГВ: появление первичного аффекта (язва на половом члене), развитие через несколько недель регионарного (пахового) лимфаденита и проктита (аноректальный синдром). На фоне назначенной антибактериальной терапии по схеме — доксициклин в дозе 100 мг 2 раза/сут в течение 21 дня — клинические проявления полностью разрешились. Второй случай интересен развитием клинической картины ЛГВ со второй стадии заболевания (паховый синдром) и неэффективностью лечения доксициклином, что в дальнейшем потребовало хирургического вмешательства. Кроме того, в данном случае первоначально ДНК *C. trachomatis* была обнаружена при соскобе из уретры без признаков воспаления мочеиспускательного канала, что по литературным данным является редкостью для ЛГВ [13]. Сообщалось также о случае неэффективности терапии пациента с ЛГВ доксициклином и успешном применении антибиотика группы фторхинолонов — моксифлоксацина [14]. По мнению некоторых авторов, трехнедельного курса антибактериальной терапии больных ЛГВ с «паховым синдромом» недостаточно, и требуется более длительная продолжительность лечения таких пациентов [15].

Заключение

Представленные клинические случаи ЛГВ демонстрируют разнообразие клинических проявлений этого заболевания и интересны не только для дерматовенерологов, но и врачей других специальностей. Диагноз у обоих пациентов устанавливался на основании данных анамнеза, характерной клинической картины с условным лабораторным подтверждением, что показывает необходимость более широкой доступности специфических методов лабораторной диагностики ЛГВ. При своевременной диагностике и назначении соответствующего лечения прогноз благоприятный, кроме того, раннее выявление пациентов ЛГВ является важной профилактической мерой предотвращения распространения других ИППП и ВИЧ-инфекции. ■

Литература/References

1. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей / под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. — М.: Медицина. 1999; — Т. 1. — С. 739–745. [Skin and venereal diseases: A guide for doctors. Ed. by JuK Skripkin, VN Mordovcev. Vol. 1. Moscow: Medicina; 1999. P. 739–745. (In Russ.)]
2. de Vries HJC, de Barbeyrac B, de Vrieze NHN, Viset JD, White JA, Vall-Mayans M, et al. European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2019;33(10):1821–1828. doi: 10.1111/jdv.15729
3. Ceovic R, Gulin SJ. Lymphogranuloma venereum: diagnostic and treatment challenges. *Infect Drug Resist.* 2015;8:39–47. doi: 10.2147/IDR.S57540
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Lymphogranuloma venereum. ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019.
5. Cole MJ., Field N, Pitt R, Amato-Gauci AJ, Begovac J, French PD, et al. Substantial underdiagnosis of lymphogranuloma venereum in men who have sex with men in Europe: preliminary findings from a multicentre surveillance pilot. *Sex Transm Infect.* 2020;96(2):137–142. doi: 10.1136/sextrans-2019-053972
6. Tyulenev YA, Guschin AE, Titov IS, Frigo NV, Potekaev NN, Unemo M. First reported lymphogranuloma venereum cases in Russia discovered in men who have sex with men attending proctologists. *Int J STD AIDS.* 2022;33(5):456–461. doi: 10.1177/09564624211072709
7. de Vries HJC. Lymphogranuloma venereum in the Western world, 15 years after its re-emergence: new perspectives and research priorities. *Curr Opin Infect Dis.* 2019;32(1):43–50. doi: 10.1097/QCO.0000000000000519
8. Borges V, Isidro J, Correia C, Cordeiro D, Vieira L, Lodia Z, et al. Transcontinental dissemination of the L2b/D-Da recombinant Chlamydia trachomatis lymphogranuloma venereum (LGV) strain: need of broad multi-country molecular surveillance. *Clin Infect Dis.* 2021;73(4):e1004–e1007. doi: 10.1093/cid/ciab067
9. Galeano-Valle F, Pérez-Latorre L, Díez-Romero C, Fanciulli C, Aldamiz-Echeverría-Lois T, Aldamiz-Echeverría-Lois T. Cervical and oropharyngeal lymphogranuloma venereum: case report and literature review. *Sex Transm Dis.* 2019;46(10):689–692. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001036
10. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. CDC. *MMWR Recomm Rep.* 2021;70(4):1–187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1
11. van der Snoek EM, Ossewaarde JM, van der Meijden WI, Mulder PG, Thio HB. The use of serological titres of IgA and IgG in (early) discrimination between rectal infection with non-lymphogranuloma venereum and lymphogranuloma venereum serovars of Chlamydia trachomatis. *Sex Transm Infect.* 2007;83(4):330–334. doi: 10.1136/sti.2006.024372
12. White J, O'Farrell N, Daniels D. UK national guideline for the management of lymphogranuloma venereum. *Int J STD AIDS.* 2013;24(8):593–601. doi: 10.1177/0956462413482811
13. Charest L, Fafard J, Greenwald ZR. Asymptomatic urethral lymphogranuloma venereum: a case report. *Int J STD AIDS.* 2018;29(8):828–830. doi: 10.1177/0956462417751813
14. Méchai F, Aoun O, Imbert P, Rapp C, de Barbeyrac B, Mérens A. Doxycycline failure in lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect.* 2010;86(4):278–279. doi: 10.1136/sti.2009.042093
15. Oud EV, de Vrieze NH, de Meij A, de Vries HJ. Pitfalls in the diagnosis and management of inguinal lymphogranuloma venereum: important lessons from a case series. *Sex Transm Infect.* 2014;90(4):279–282. doi: 10.1136/sextrans-2013-051427

Участие авторов: все авторы несут ответственность за содержание и целостность всей статьи. Описание клинического случая — К.И. Плахова, Г.Л. Катунин; редактирование статьи — К.И. Плахова, М.М. Васильев; написание текста — Г.Л. Катунин; работа с литературой — Н.К. Абудуев; концепция — М.М. Васильев.

Authors' participation: all authors are responsible for the content and integrity of the entire article. Description of the clinical case — Xenia I. Plakhova, Georgiy L. Katunin; editing of the article — Xenia I. Plakhova, Mikhail M. Vasiliev; writing of the text — Georgiy L. Katunin; work with literature — Nazirbek K. Abuduev; concept — Mikhail M. Vasiliev.

Информация об авторах

*Плахова Ксения Ильинична — д.м.н.; адрес: Россия, 107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4169-4128>; eLibrary SPIN: 7634-5521; e-mail: plakhova_xenia@mail.ru

Катунин Георгий Леонидович — к.м.н.; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0599-6305>; eLibrary SPIN: 1598-8595; e-mail: g.katunin@rambler.ru

Абудуев Назирбек Каримуллаевич — д.м.н.; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6550-9348>; eLibrary SPIN: 5805-3882; e-mail: abuduevkn@mail.ru

Васильев Михаил Михайлович — д.м.н., профессор; eLibrary SPIN: 7503-2651; e-mail: 7230111@dk.ru

Information about the authors

***Xenia I. Plahova** — MD, Dr. Sci. (Med.); address: 3 bldg 6, Korolenko street, 107076 Moscow, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4169-4128>; eLibrary SPIN: 7634-5521; e-mail: plahova_xenia@mail.ru

Georgiy L. Katunin — MD, Cand. Sci. (Med.); ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0599-6305>; eLibrary SPIN: 1598-8595; e-mail: g.katunin@rambler.ru

Nazirbek K. Abuduyev — MD, Dr. Sci. (Med.); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6550-9348>; eLibrary SPIN: 5805-3882; e-mail: abuduyevnk@mail.ru

Mikhail M. Vasiliev — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; eLibrary SPIN: 7503-2651; e-mail: 7230111@dk.ru

Статья поступила в редакцию: 12.03.2024

Принята к публикации: 13.07.2024

Опубликована онлайн: 23.07.2024

Submitted: 12.03.2024

Accepted: 13.07.2024

Published online: 22.07.2024