

DOI: 10.25208/0042-4609-2018-94-1-85-90

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек у одиннадцатимесячного ребенка

* Кошкин С. В.¹, Евсеева А. Л.¹, Рябова В. В.¹, Коврова О. С.²

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

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

Представлен клинический случай вторичного сифилиса кожи и слизистых у пациента в возрасте 11 месяцев, приобретенного бытовым путем. Внимания заслуживает именно бытовой путь передачи сифилитической инфекции от родителей к ребенку. Рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики клинических проявлений вторичного приобретенного сифилиса и врожденного сифилиса.

Ключевые слова: **сифилис у детей, контактно-бытовой путь, дифференциальная диагностика**

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

Для цитирования: Кошкин С. В., Евсеева А. Л., Рябова В. В., Коврова О. С. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек у одиннадцатимесячного ребенка. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;94(1):85–90. DOI: 10.25208/0042-4609-2018-94-1-85-90

Secondary skin syphilis and mucous membranes at eleven-monthly patient

* Sergey V. Koshkin¹, Anna L. Evseeva¹, Vera V. Ryabova¹, Ol'ga S. Kovrova²

¹ Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation
K. Marx str., 112, Kirov, 610027, Russian Federation

² Kirov Regional Dermatology Hospital
Semashko str., 2a, Kirov, 610000, Russian Federation

The current article analyzes a clinical case of insontium syphilis (secondary syphilis) in a 11-month patient. Attention is paid to household path of transmission of syphilis from parents to their child. Problems of differential diagnosis for clinical evidence of secondary acquired syphilis and congenital syphilis were analyzed.

Keywords: **syphilis in child, insontium syphilis, differential diagnosis**

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

For citation: Koshkin S. V., Evseeva A. L., Ryabova V. V., Kovrova O. S. Secondary skin syphilis and mucous membranes at eleven-monthly patient. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2018;94(1):85–90. DOI: 10.25208/0042-4609-2018-94-1-85-90

Заражение сифилисом происходит при тесном контакте здорового человека с больным, имеющим заразные проявления сифилиса, или через инфицированные предметы. Наиболее частый путь заражения — половой; также возможен бытовой путь передачи инфекции: через поцелуй, укусы, при использовании зубной щетки, ложки и т. п., которыми до этого пользовался больной. Бытовое заражение сифилисом наблюдается главным образом у детей. Бледные трепонемы проникают в кожу или слизистую оболочку через мельчайшие ссадины, трещины и другие дефекты кожи и слизистых оболочек [1, 2].

Вторичный период является стадией генерализации приобретенного сифилиса и обусловлен гематогенной диссеминацией инфекции, что проявляется высыпаниями на коже и слизистых оболочках. Возникают пятнистые, папулезные, пустулезные высыпания, наблюдаются нарушения пигментации, выпадение волос. Важное эпидемиологическое значение из-за большой заразительности имеют сифилитические высыпания, расположенные на слизистых оболочках, а также эрозивные и вегетирующие высыпания (широкие кондиломы), содержащие большое число бледных трепонем. Как правило, при вторичном сифилисе на фоне развития инфекционного иммунитета стандартные серологические реакции, применяемые для лабораторной диагностики сифилиса, резко положительны [3, 4].

Приводим наблюдение из клинической практики.

Пациент Р. 2014 г. р. (11 месяцев) поступил в стационар 05.11.2015.

Из анамнеза заболевания

Выявлен как бытовой контакт матери (диагноз: вторичный сифилис кожи и слизистых). Обследован амбулаторно: реакция микропреципитации (МРП) (4+) от 03.11.2015, иммуноферментный анализ (ИФА) IgG от 03.11.2015: обнаружены АТ к бледной трепонеме. При рентгенологическом исследовании длинных трубчатых костей от 04.11.2015 признаков остеохондрита и периостита не обнаружено.

Анамнез жизни

Родился от первой беременности, в срок, доношенным. Осложнений во время беременности и родов у матери не было. Не отмечается задержки психомоторного и физического развития. Вскармливание смешанное. Прививки по возрасту.

В анамнезе указаний на лекарственную непереносимость, хронические заболевания, ВИЧ, туберкулез, гепатиты А, В, С, гемотрансфузии нет.

Объективное состояние на момент поступления

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Периферические лимфатические узлы в пределах нормы. Видимые слизистые оболочки: физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Дермографизм: розовый. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Пульс 140 в минуту. Тоны сердца ясные и ритмичные. Живот мягкий и безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Наружные половые органы развиты согласно полу и возрасту, физиологической окраски.

Локальный статус на момент поступления

Патологический процесс распространенный, симметричный. На коже туловища розеолезные высыпания (рис. 1) розово-красного цвета, величиной до 0,5 см, округлые, без шелушения, не возвышающиеся над уров-

нем кожи, без тенденции к группировке и слиянию. При витропрессии пятна временно исчезают. На ладонях и подошвах единичные папулезные элементы (рис. 2), до 0,5 см в диаметре, розового цвета, с умеренной инфильтрацией, местами с явлениями краевого шелушения («воротничок Биетта»), при проведении симптома Ядассона наблюдается болезненность в области папулы.

Наружные половые органы и перинальная область без специфических высыпаний.

Диагноз при поступлении: вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

Обследование в стационаре

Лабораторные исследования: в общих анализах крови и мочи (07.11.2015) патологических изменений не выявлено. Биохимический анализ крови от 17.11.2015: билирубин — 17,69 ммоль/л; билирубин прямой — 30,94 ммоль/л; АСТ — 69,6 Ед/л; АЛТ — 27,3 Ед/л; ЩФ — 196 Ед/л. Повышение результатов из-за гемолиза крови. Кал на я/г от 06.11.2015: я/г не обнаружены. Я/остриц при трехкратном исследовании не обнаружены. Антитела к ВИЧ не обнаружены от 06.11.2015. НВс А/г не обнаружены от 09.11.2015. Анти-НСv не обнаружены от 09.11.2015.



Рис. 1. Розеолезные высыпания
Fig. 1. Roseola rash



Рис. 2. Папула на коже ладони
Fig. 2. Papula on the skin of the palm

Консультация окулиста от 09.11.2015: патологии не выявлено.

Консультация педиатра от 09.11.2015: анемия 1-й степени.

Консультация невролога от 11.11.2015: пирамидная недостаточность.

Серологическое обследование в стационаре

МРП (4+) от 18.11.2015; ИФА IgG от 06.11.2015: обнаружены АТ к бледной трепонеме; КП = 2,1; реакция иммунофлюоресценции (РИФ) от 06.11.2015 (2+). Люмбальная пункция с целью проведения серологического исследования ликвора не проводилась ввиду категорического отказа матери.

На основании клинических данных и лабораторного обследования установлен Ds: А51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек от 06.11.2015.

Назначено специфическое противосифилитическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 105 000 Ед 6 раз в сутки в/м в течение 20 дней. После первого введения антибактериального препарата наблюдалась реакция обострения Яриша — Лукашевича — Герксгеймера в виде повышения температуры тела до 40 °С.

Общая курсовая доза 12 600 000 Ед бензилпенициллина [5]. Лечение перенес хорошо.

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

При выписке рекомендовано: клиничко-серологический контроль в течение 3 лет у дерматовенеролога по месту жительства [5]. Наблюдение педиатра и невропатолога по месту жительства.

Данные родителей

Мать — пациентка Н. 1997 г. р. (18 лет), поступила в стационар 05.11.2015.

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

Из анамнеза заболевания

Высыпания обнаружила 2 недели назад, самостоятельно не лечилась, антибиотики не принимала. Обратилась к гинекологу в конце октября 2015 г., откуда была направлена к дерматовенерологу КОККВД. При обследовании: МРП (4+) от 30.10.2015; ИФА IgG от 30.10.2015: обнаружены АТ к бледной трепонеме.

Из анамнеза жизни

Замужем (муж обследован, Ds: ранний скрытый сифилис), имеет сына — 11 месяцев (обследован, Ds: вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек).

Начала половую жизнь в 17 лет. Гинекологический анамнез: начало *menstris* с 11 лет, регулярные, умеренные, по 5 дней, через 30 дней. Последние *menstris*: более 1,5 года назад. Число беременностей — 1, из них закончились родами — 1. Обследовалась на сифилис около года назад на 32-й неделе гестации (МРП от 12.11.2014: отрицательна), перед родами (МРП от 23.12.2014: отрицательна).

Перенесенные заболевания: ОРВИ.

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

Объективное состояние на момент поступления без особенностей.

Локальный статус на момент поступления

Патологический процесс распространенный, симметричный. На коже туловища и конечностей отмечается обильная, со склонностью к группировке, розеолезная сыпь, элементы округлой формы бледно-розового цвета, размером до 1 см в диаметре.

На ладонях и подошвах папулы, не выступающие над уровнем кожи, буровато-красного цвета с шелушением по периферии («воротничок Биетта»), размером до 1 см в диаметре.

При осмотре половых органов: эрозированные папулы красного цвета с синюшным оттенком на малых и больших половых губах. В области задней спайки, малых половых губ, перианальной области — широкие кондиломы (рис. 3). При осмотре в зеркалах: шейка матки гиперемирована, выделения желтоватого цвета, пенистые, обильные.



Рис. 3. Эрозированные папулы, широкие кондиломы
Fig. 3. Eroded papules, wide condylomas

Регионарные (паховые) лимфатические узлы до 1,5 см, безболезненные, плотноэластической консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена. Диффузное выпадение волос без изменений кожи волосистой части головы.

Диагноз при поступлении: вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

Обследование в стационаре

Лабораторные исследования: в общих анализах крови и мочи (07.11.2015) патологических изменений не выявлено. Биохимический анализ крови: билирубин — 12,23 ммоль/л; АСТ — 21,4 Ед/л; АЛТ — 24,3 Ед/л; ЩФ — 166,1 Ед/л. Кал на я/г от 09.11.2015: я/г не обнаружены.

Консультации специалистов (окулиста, терапевта, невролога, гинеколога): специфической патологии не выявлено. УЗИ органов малого таза от 19.11.2015: патологии в осмотренных органах не выявлено.

Серологическое обследование в стационаре

МРП (4+) от 24.11.2015; ИФА сумм (4+) от 06.11.2015; ИФА IgG от 06.11.2015: обнаружены АТ к бледной трепонеме; КП = 5,2; РИФ (4+) от 06.11.2015; иммуноблоттинг положительный. Антитела к ВИЧ не обнаружены от 06.11.2015. HBs A/g не обнаружены от 06.11.2015. Анти-НСv не обнаружены от 06.11.2015.

Мазки на *N. gonorrhoeae* и *T. vaginalis* от 18.11.2015: отрицательны; лейкоциты — 0,40–50,0 в п/зр.; ключевые клетки — обнаружены; грибы рода *Candida* — не обнаружены.

На основании клинических данных и лабораторного обследования установлен Ds: A51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек от 06.11.2015 N89.0. Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем (бактериальный вагиноз).

Назначено специфическое противосифилитическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 Ед 6 раз в сутки в/м в течение 20 дней. Температурная реакция на начало лечения 37,4 °С.

Общая курсовая доза 120 000 000 Ед бензилпенициллина. Лечение перенесла удовлетворительно. Получила полный курс специфического лечения [5].

По поводу сопутствующего заболевания: метронидазол 0,25 по 2 табл. 2 раза в сутки в течение 7 дней.

При осмотре на момент выписки из стационара: состояние удовлетворительное. Кожные покровы свободны от специфических высыпаний: наружные проявления сифилиса полностью разрешились, на коже волосистой части головы наблюдается неравномерное отрастание волос.

При выписке рекомендован клинико-серологический контроль у дерматовенеролога по месту жительства [5].

Отец — пациент А. 1994 г. р. (21 год), поступил в стационар 05.11.2015.

На момент поступления жалоб не предъявляет.

Из анамнеза заболевания

Со слов больного, после случайного полового контакта весной 2015 г. на половом члене заметил наличие безболезненной эрозии, которая разрешилась самостоятельно, к врачу не обращался, антибиотики не принимал. Выявлен как половой контакт жены (Ds: вторичный сифилис кожи и слизистых). При обследовании: МРП (4+) от 03.11.2015, ИФА IgG от 03.11.2015: обнаружены АТ к бледной трепонеме.

Анамнез жизни

Женат. Имеет ребенка — сына в возрасте 11 месяцев.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, чесотка, стрептодермия (госпитализация в декабре 2014 г., в стационаре при обследовании: МРП — отрицательна). Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет еженедельно.

ВИЧ, туберкулез, гепатиты А, В, С, гемотрансфузии, ранее перенесенные ИППП — отрицает. ФЛГ от 03.11.2015 в норме.

В анамнезе указаний на непереносимость лекарственных средств и других веществ нет.

Объективное состояние на момент поступления без особенностей.

Локальный статус на момент поступления

Наружные половые органы: без специфических высыпаний.

Диагноз при поступлении: ранний сифилис скрытый.

Обследование в стационаре

Лабораторные исследования: в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом анализе (от 06.11.2015) крови патологии не выявлено. Кал на я/г от 06.11.2015: я/г не обнаружены.

Консультации специалистов (окулиста, терапевта, невролога): специфической патологии не выявлено. От люмбальной пункции отказался. УЗИ органов брюшной полости от 12.11.2015: патологии в осмотренных органах не выявлено.

Серологическое обследование в стационаре: МРП (4+) от 24.11.2015; ИФА сумм (4+) от 06.11.2015; ИФА IgG от 06.11.2015: обнаружены АТ к бледной трепонеме; РИФ (4+) от 06.11.2015; иммуноблоттинг IgG от 06.11.2015 положительный. Антитела к ВИЧ не обнаружены от 06.11.2015. HBs A/g не обнаружен от 06.11.2015. Анти-H-Cv не обнаружены от 06.11.2015.

Мазки на *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis* от 17.11.2015: отрицательны; лейкоциты — 0 в п/зр.; ключевые клетки — не обнаружены; грибы рода *Candida* — не обнаружены.

На основании клинических данных и лабораторного обследования установлен Ds: A51.5. Ранний скрытый сифилис.

Назначено специфическое противосифилитическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 Ед 6 раз в сутки в/м в течение 20 дней. Температурная реакция на начало лечения 37,6 °С.

Общая курсовая доза 120 000 000 Ед бензилпенициллина. Лечение перенес удовлетворительно. Получил полный курс специфического лечения [5].

При осмотре на момент выписки из стационара: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые без специфических высыпаний.

При выписке рекомендован клинико-серологический контроль у дерматовенеролога по месту жительства [5].

Заключение

При проведении дифференциальной диагностики врожденного и приобретенного сифилиса необходимо помнить об особенностях анамнеза заболевания и клинической картины. Ранний врожденный сифилис грудного возраста может иметь разнообразные проявления. Как правило, проявления болезни обнаруживают либо сразу после рождения ребенка, либо в течение первых двух месяцев жизни [6].

Клинически активные формы приобретенного сифилиса у детей почти не отличаются от идентичных форм у взрослых. Вместе с тем стоит отметить ряд особенностей: выявление заболевания в возрасте от 6 месяцев до полутора лет, а также наличие выраженной температурной реакции на начало лечения.

Отрицательные серологические реакции у матери во время беременности и непосредственно перед родами практически исключают вероятность заражения ребенка вертикальным путем. Инфицирование плода зависит от стадии заболевания у матери. В литературе описаны лишь единичные случаи выявления раннего врожденного сифилиса у детей, родившихся от матерей с первичным серопозитивным сифилисом [7]. На основании данных анамнеза заболевания можно утверждать, что отец ребенка заразился сифилисом уже после рождения сына и именно он явился источником инфекции в семье.

Таким образом, невнимательное отношение молодых родителей к собственному здоровью и здоровью ребенка, отсутствие настороженности в отношении сифилитической инфекции привело к заражению грудного ребенка.

Литература/References

1. Аствацатуров К. Р. Сифилис, его диагностика и лечение. М.: Медгиз, 1971. [Astvacaturov K. R. Syphilis, diagnosis and therapy. Moscow: Medgis 1971.]
2. Шапошников О. К. Венерические болезни. М.: Медицина, 1980. С. 534. [Shaposhnikov O. K. Venereal diseases. Moscow: Med. 1980; P. 534.]
3. Кошкин С. В., Чермных Т. В., Коврова О. С., Рябов Н. Ю. Псориазиформный сифилид — наблюдение из практики. Вестник дерматологии и венерологии. 2016;3:90–96. [Koshkin S. V., Chermnykh T. V., Kovrova O. S., Ryabov N. Yu. A case of psoriasiform syphilid (from clinical practice). Vestnik dermatologii i venerologii, 2016;3:90–96.]
4. Кошкин С. В., Чермных Т. В., Коврова О. С., Евсеева А. Л., Рябова В. В. Ассоциативная связь вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек с антигенами гистосовместимости первого класса. Вестник дерматологии и венерологии. 2017;2:27–33. [Koshkin S. V., Chermnykh T. V., Zaitseva G. A., Evseeva A. L., Ryabova V. V. Associative connection of secondary syphilis of skin and mucous membranes with the histocompatibility antigens of the first class. Vestnik dermatologii i venerologii, 2017;2:27–33.]
5. Дерматовенерология, 2010. (Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов) [под ред. Кубановой А. А.]. М.: ДЭК-ПРЕСС, 2010. 428 с. [Dermatovenerology 2010. (Clinical guidelines. Clinical recommendation (Russian Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists). Ed. by Kubanova A. A. Moscow: DEKS-PRESS, 2010. 428 p.]
6. Кунгуров Н. В., Полякова Н. В., Зильберберг Н. В., Левчик Н. К. Дифференциальная диагностика врожденного и приобретенного сифилиса у детей до двух лет. Современные проблемы науки и образования, 2015;5. [Kungurov N. V., Polyakova N. V., Silberberg N. V., Levchik N. K. The differential diagnosis of congenital and acquired syphilis in children up to two years. Sovremennye problem nauki i obrazovaniya, 2015;5.]
7. Суворова К. Н., Антоньев А. А., Кузнецова Н. П., Малова И. О. Кожные и венерические болезни у детей. Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1995. 352 с. [Suvorova K. N., Antoniev A. A., Kuznetsova N. P., Malova I. O. Skin and venereal diseases in children. Irkutsk University, 1995. 352 p.]

Информация об авторах

Сергей Владимирович Кошкин — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: koshkin_sergei@mail.ru

Анна Леонидовна Евсеева — ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Sergey V. Koshkin — Dr. Sci. (Med.), Prof., Departmental Head, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail: koshkin_sergei@mail.ru

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

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

Ol'ga S. Kovrova — Clinician, Head, Venerology Department, Kirov Regional Dermatology Hospital