

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-5-72-76>

Первичный сифилис экстрагенитальной локализации: описание клинических случаев

Евсеева А. Л.¹, Кошкин С. В.^{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

В настоящей статье представлены два клинических случая экстрагенитальной локализации первичной сифиломы. В обоих случаях внимания заслуживает попустительское отношение пациентов к собственному здоровью. Заражение сифилисом произошло в результате контакта с заведомо больными людьми, а самолечение усугубило клиническую картину заболевания.

Ключевые слова: **первичная сифилома, первичный сифилис, экстрагенитальный шанкр**

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. Первичный сифилис экстрагенитальной локализации: описание клинических случаев. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;94(5):72–76. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-5-72-76>

Extragenital primary syphilis: a description of clinical cases

Anna L. Evseeva¹, Sergey V. Koshkin^{1*}, Vera V. Ryabova¹, Olga 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

Two clinical cases of extragenital localization of primary syphiloma are presented in this article. In both cases, the connivance of patients towards their own health deserves attention. Infection with syphilis occurred as a result of contact with obviously ill people, and self-medication aggravated the clinical picture of the disease.

Keywords: **primary syphiloma, primary syphilis, extragenital chancre**

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. Extragenital primary syphilis: a description of clinical cases. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2018;94(5):72–76. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-5-72-76>

■ Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое *Treponema pallidum*, передаваемое половым путем и характеризующееся множественными проявлениями [1]. Вероятность заражения напрямую зависит от частоты и характера контактов с больным, от разновидности и локализации сифилидов, наличия входных ворот инфекции и многих других факторов [2].

Несмотря на масштабные мероприятия по профилактике сифилитической инфекции, в мире ежегодно регистрируется около 6 миллионов новых случаев заражения сифилисом [1, 3].

Клинически первичный период сифилиса характеризуется появлением твердого шанкра, возникающего в месте внедрения спирохеты. Классическое описание признаков шанкра негенитальной локализации принадлежит Ж. А. Фурнье (1899), так же как и часто повторяемое выражение о нем, ставшее уже почти крылатым: «Ни одно место человеческого тела не застраховано от появления твердого шанкра. То место наказуемо, которым согрешили» [4, 5].

Согласно современным данным, частота регистрации экстрагенитальных сифилом существенно увеличилась в последние годы [6]. Нетипичная локализация сифилидов зачастую является причиной диагностических ошибок и, как следствие, распространения инфекции [7].

Приводим собственное наблюдение из клинической практики.

Пациентка Д. 1992 г. р. (25 лет) самостоятельно обратилась в поликлинику Кировского областного клинического кожно-венерологического диспансера (КОККВД) 07.11.2017.

На момент обращения предъявляла жалобы на наличие высыпаний на лице.

Из анамнеза заболевания: высыпания появились 2 недели назад. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно смазывала 5 % раствором йода спиртовым, без положительной динамики. При осмотре обнаружен язвенный дефект на коже верхней губы, покрытый геморрагическими корками, в углу рта слева — эрозия ярко красного цвета с серозным отделяемым. При обследовании в поликлинике: реакция микропреципитации (РМП) 4+ (резкоположительная), титр 1: 4 от 07.11.2017; иммуноферментный анализ (ИФА) ИФА Ig M 4+ (резкоположительная) 07.11.2017; методом темнопольной микроскопии в отделяемом эрозии обнаружена *Tr. pallidum* от 07.11.2017. Последнее обследование на сифилис проводилось полгода назад при устройстве на работу. Пациентка направлена на лечение в венерологическое отделение КОККВД 09.11.2017.

Из анамнеза жизни: замужем (супруг обследован, Ds: A51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек от 09.11.2017); других половых партнеров отрицает.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, киста правой почки.

Аллергические реакции, непереносимость лекарственных средств, ВИЧ, туберкулез, гепатиты А, В, С, гемотрансфузии, ОКИ, малярию, корь, ранее перенесенные ИППП — отрицает. ФЛГ от 28.05.2017 в норме.

Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет редко.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, умеренные. Беременностей — 1, роды — 0, медицинских аборт — 0, самопроизвольных аборт — 1.

Объективное состояние на момент поступления без особенностей.

Локальный статус на момент поступления в стационар: на коже верхней губы локализуется язвенный дефект диаметром 1 см, округлой формы, с плотным инфильтратом в основании, безболезненный при пальпации. Поверхность язвы покрыта серозно-геморрагическими корками. В углу рта слева — эрозия ярко красного цвета, с серозным отделяемым, умеренно болезненная при пальпации (рис. 1). Регионарные лимфоузлы увеличены до 1,5 см в диаметре. При пальпации безболезненные, плотные, не спаяны между собой и с окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Волосы не разрезаны, кожные покровы свободны от специфических высыпаний, наружные половые органы развиты правильно, при осмотре в зеркалах: шейка матки чистая, выделений нет.

Обследование в стационаре:

Лабораторные исследования: в общем анализе крови, общем анализе мочи от 10.11.2017 патологических изменений не выявлено. Биохимический анализ крови: билирубин 9,15 ммоль/л; АСТ 27 Ед/л; АЛТ 32 Ед/л. Кал на я/г от 10.11.2017 г.: я/г не обнаружены. Мазок на *N. gonor.* и *Trich. vaginalis* от 10.11.2017: не обнаружены; лейкоциты 2–5 в п/зр.

Серологическое обследование при поступлении: РМП 4+, титр 1: 4 от 10.11.2017; ИФА IgG от 10.11.2017: обнаружены антитела к *Tr. pallidum*, ИФА IgM от 10.11.2017: 4+.

На основании клинических данных и лабораторных обследований установлен диагноз: A51.2. Первичный сифилис других локализаций. Сифилитический шанкр. Регионарный лимфаденит. Обнаружена *Tr. pallidum* от 07.11.2017.

Назначено специфическое противосифилитическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки в/м в течение 14 дней [1]. Через 2 часа после первого введения пенициллина отмечено повышение температуры тела до 39,0 °С, общее недомогание, тахикардия, появление розеолезной сыпи на животе и боковых поверхностях туловища. На основании клинической картины установлен диагноз: A 51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.



Рис. 1. Язвенный шанкр верхней губы, эрозия в углу рта
Fig. 1. Ulcerative chancroid of the upper lip, erosion in the corner of the mouth

В соответствии с клиническими рекомендациями курс лечения продлен до 28 суток [1].

Общая курсовая доза 168 000 000 ЕД бензилпенициллина. Лечение перенесла удовлетворительно. Получила полный курс специфического лечения [1].

При осмотре на момент выписки из стационара: состояние удовлетворительное. Кожные покровы свободны от специфических высыпаний, наружные проявления сифилиса полностью разрешились: эрозия в углу рта эпителизовалась, на месте язвенного дефекта — рубцовая атрофия кожи.

При выписке рекомендовано: клинико-серологический контроль у дерматовенеролога по месту жительства [1].

Второй клинический случай

Пациентка М. 1987 г. р. (30 лет) поступила в стационар 16.11.2017. Выявлена при самостоятельном обращении в поликлинику КОККВД 15.11.2017.

На момент осмотра предъявляла жалобы на высыпания в области лобка.

Из анамнеза заболевания: дефект кожи заметила около месяца назад, к врачу не обращалась, лечилась самостоятельно 5% раствором йода спиртовым, перекисью водорода без положительной динамики. РПМ (4+) от 15.11.2017, ИФА IgM (4+) от 15.11.2017, титр 1: 8, РИФ (3+) от 15.11.2017, методом ПЦР в отделяемом с поверхности эрозивно-язвенного дефекта обнаружена *Tr. pallidum* от 15.11.2017. Направлена на стационарное лечение в венерологическое отделение. Со слов пациентки, ранее обследование проходила 6 месяцев назад (медицинский аборт), результат был отрицательный.

Из анамнеза жизни: не замужем, ребенок 8 лет (обследован, здоров), сожитель С., 35 лет (обследован, Ds: A51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек от 17.11. 2017); других половых партнеров отрицает. Со слов пациентки, около двух месяцев назад заметила у сожителя высыпания на коже полового члена, лобка, паховых складок, с тех пор половые контакты отмечает только с использованием презервативов.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, хламидиоз, хронический гастрит.

Аллергологический анамнез отягощен: отмечает непереносимость антибиотиков пенициллинового ряда. ВИЧ, туберкулез, гепатиты А, В, С, гемотрансфузии, ОКИ, малярию — отрицает. ФЛГ 16.05.2017 в норме.

Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет по праздникам.

Гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, регулярные, умеренные. Беременностей — 5, роды — 1, медицинских абортов — 4.

Объективное состояние на момент поступления без особенностей.

Локальный статус на момент поступления в стационар: волосы не разрезаны, кожные покровы и видимые слизистые свободны от специфических высыпаний. Наружные половые органы развиты правильно, большие и малые половые губы, область клитора, уретры, передняя и задняя спайки, перианальная область — без специфических высыпаний. В области лобка эрозивно-язвенный дефект, покрытый серозно-гнойной корочкой, 1,5 см в диаметре, безболезненный, плотный в основании, с четкими границами, округлой формы (рис. 2). При

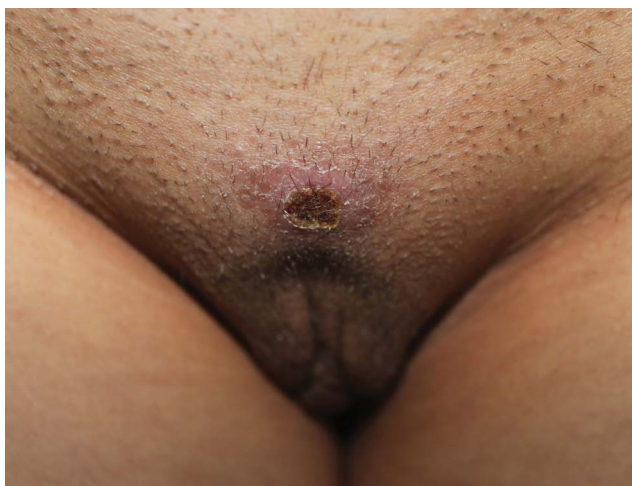


Рис. 2. Эрозивно-язвенный дефект в области лобка
Fig. 2. Erosive-ulcerous defect in the area of the pubis

осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизистые, умеренные. Паховые лимфоузлы увеличены до 2 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 17.11.2017 СОЭ — 40 мм/ч, остальные показатели — в пределах нормы. В общем анализе мочи от 17.11.2017 патологических изменений не выявлено. Биохимический анализ крови: билирубин 17,53 ммоль/л; АСТ 31,2 Ед/л; АЛТ 24,6 Ед/л; ЩФ 75,1 Ед/л. Кал на я/г от 17.11.2017: я/г не обнаружены. Мазок на *N. gonor.* и *Trich. vaginalis* от 17.11.2017: не обнаружены; лейкоциты 10–15 в п/зр.

Серологические обследования при поступлении: РМП 4+, титр 1: 32 от 17.11.2017; ИФА IgG от 17.11.2017: обнаружены антитела к *Tr. pallidum*, ИФА IgM от 17.11.2017: 4+.

На основании клинических данных и лабораторных исследований установлен Ds: A51.2. Первичный сифилис других локализаций. Сифилитический шанкр. Регионарный лимфаденит. Обнаружена *Tr. pallidum* от 15.11.2017.

Назначено специфическое противосифилитическое лечение: Цефтриаксон 1,0 г в/м 1 раз в сутки в течение 14 дней [1]. Температурная реакция на начало лечения 38,1 °С.

Общая курсовая доза 14,0 г Цефтриаксона. Лечение перенесла удовлетворительно. Получила полный курс специфического лечения [1].

При осмотре на момент выписки из стационара: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые свободны от специфических высыпаний. На коже лобка язвенный дефект зарубцевался.

Серологические исследования при выписке из стационара: РМП 4+, титр 1: 16 от 29.11.2017; ИФА IgG от 29.11.2017: 4+, ИФА IgM от 29.11.2017: антитела к *Tr. pallidum* не обнаружены.

При выписке рекомендовано: клинико-серологический контроль у дерматовенеролога по месту жительства [1].

Заключение

В результате несвоевременной диагностики сифилиса упускаются наиболее благоприятные сроки успешного излечения этого заболевания [8]. Местная терапия первичной сифиломы на фоне отсутствия системного лечения бессмысленна, поскольку спустя уже 2–4 часа после внедрения трепонема попадает в регионарные лимфоузлы, а по истечении суток инфекция становится генерализованной [6]. Таким образом, индивидуальная профилактика заражения (обработка гениталий) бывает эффективна в течение первых 2 часов. Барьерные

средства индивидуальной защиты тоже не дают стопроцентной гарантии исключения заражения, при наличии заразных высыпаний в перигенитальной области возможно появление первичного аффекта по типу «посткондомного шанкра». К наиболее действенным мерам профилактики ИППП следует отнести мероприятия, направленные на предупреждение заражения: санитарно-просветительская работа, формирование у населения навыков безопасного полового поведения, побуждение к раннему обращению к специалисту в случае подозрения на ИППП. ■

Литература/References

1. Кубанова А. А. (ред.) Клинические рекомендации по дермато-венерологии для врачей. М., 2015. С. 601–602. [Kubanova A. A. (ed.) Clinical recommendations for dermatovenereology for doctors. M., 2015. P. 601–602. (In Russ.)]
2. Кошкин С. В., Чермных Т. В. Клинические проявления ранних форм сифилиса. Атлас. 2010. С. 8, 34. [Koshkin S. V., Chermnykh T. V. Clinical manifestations of early forms of syphilis. Atlas. 2010. P. 8, 34. (In Russ.)]
3. 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. (In Russ.)]
4. Фурнье А. Учение о сифилисе. М., 1899. 560 с. [Fournier A. The doctrine of syphilis. Moscow, 1899. 560 p. (In Russ.)]
5. Голоусенко И. Ю., Глебова Л. И., Кулешов А. Н. О взглядах известного французского венеролога XIX века Ж. А. Фурнье на клинику сифилиса в полости рта (исторический экскурс). Стomatолог-практик. 2017;1:62–64. [Goloussenko I. Yu., Glebova L. I., Kuleshov A. N. About the views of the famous French venereologist of the XIX century J. A. Fournier on the syphilis clinic in the oral cavity (a historical digression). Stomatolog-praktik. 2017;1:62–64. (In Russ.)]
6. Соколовский Е. В., Михеев Г. Н., Красносельских Т. В. и др. Дерматовенерология: учебник для студентов учреждений высш. проф. образования. СПб.: СпецЛит, 2017. 687 с. [Sokolovsky E. V., Mikheev G. N., Krasnoselskikh T. V. et al. Dermatovenereology: a textbook for the students of higher professional medical institutions. Saint Petersburg: SpecLit, 2017. 687 p. (In Russ.)]
7. Мавлютова Г. И., Юсупова Л. А. Ошибки диагностики сифилиса в практике врачей различных специальностей. Лечащий врач. 2014;11:13–17. [Mavlutova G. I., Yusupova L. A. Syphilis diagnosis errors in medical practice in different specialties. Lechaschii vrach. 2014;11:13–17. (In Russ.)]
8. Глебова Л. И., Стоянова Г. Н., Кулешов А. Н., Левощенко Е. П., Комусиди К. В. Экстрагенитальная локализация твердого шанкра при сифилисе в практике врача-стоматолога. Стomatолог-практик. 2014;3:72–73. [Glebova L. I., Stoyanova G. N., Kuleshov A. N., Levoschenko E. P., Komusidi K. V. Extragenital localization of hard chancre in syphilis in practice of a doctor-stomatologist. Stomatolog-praktik. 2014;3:72–73. (In Russ.)]

Информация об авторах

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

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

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 Dermatovenereology and Cosmetology, Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation

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

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

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