

Интересный случай сифилитического поражения желудка

Ковалёва Л.Б.¹, Белобородова Э.И.², Пестерев П.Н.²

Interesting case of syphilitic lesion of stomach

Kovalyova L.B., Beloborodova E.I., Pesterev P.N.

¹ Томский областной кожно-венерологический диспансер, г. Томск

² Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Ковалёва Л.Б., Белобородова Э.И., Пестерев П.Н.

УДК 616.33-002.6

На протяжении столетий отмечается волнообразный характер течения сифилиса с патоморфозом клинических проявлений, обусловленный в основном широким внедрением антибиотиков.

Следует отметить, что ежегодное снижение заболеваемости сифилисом на 10—20% парадоксально сопровождается стабильно высокими показателями выявляемости его в общесоматических стационарах и увеличением выявляемости на 20—30% в поликлинической сети. Прослеживается рост скрытых форм сифилиса, число которых за 1999—2003 гг. увеличилось до 37% [1].

Публикации последних лет указывают на тяжесть течения инфекции в виде висцеральных форм и нейросифилиса [2—5].

Больной К., 45 лет, поступил в экстренном порядке в госпитальную клинику Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск) 06.05.2002 г. с жалобами на отсутствие аппетита в течение месяца, снижение массы тела, тошноту, шум в голове, головокружение, для облегчения своего состояния самостоятельно вызывал рвоту, последние 10 дней отказывался от пищи.

Из истории заболевания: считает себя больным в течение 2 мес, когда впервые отмечает появление болей в грудной клетке. Свое состояние связывает с переохлаждением. Боли в грудной клетке постепенно утихли, но появилось отвращение к пище.

Из анамнеза: в детстве перенес детские инфекции, в возрасте 30 лет пневмонию, ОРВИ.

Объективный осмотр: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Склеры иктеричные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие, ритмичные, частота сердечных сокращений 88 в минуту, арте-

риальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, не вздут, при пальпации болезненный в левом подреберье. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное. Стул оформлен, ежедневный.

Обследование. Эндоскопия (ЭГДС) от 15.05.2002 г.: пищевод проходим, дефектов его слизистой нет, розетка кардии смыкается полностью. В просвете желудка небольшое количество жидкости, слизи. Слизистая желудка от верхней трети и дистальнее до антрального отдела имеет уплощенный вид, содержит поверхностные, покрытые фибрином полигональные формы, имеющие тенденцию к слипанию дефекты, которые в основном локализируются на задней стенке и малой кривизне на уровне угла желудка. Перистальтическая активность желудочной стенки проксимальных отделов желудка отсутствует. При пальпации слизистая на уровне угла и нижней трети тела ригидная, с некоторым трудом берется в щипцы, не тянется. Биопсия — 5 фрагментов, цитология — 2 стекла. Привратник округлой формы, смыкается полностью. Луковица двенадцатиперстной кишки без патологии.

Заключение: сложилось впечатление о наличии инфильтративного распространяющегося органического поражения проксимальных отделов желудка.

Рентгеноскопия желудка: инфильтративный рак средней трети желудка.

Заключение патоморфологического исследования биоптата: широко распространенная воспалительная инфильтрация с вовлечением подслизистого слоя. В составе инфильтратов находятся нейтрофильные эозинофильные лейкоциты. В значительном количестве встреча-

ются лимфоциты и плазматические клетки, дисплазия 2-й степени. Общеклинические показатели в пределах возрастной нормы.

Из анамнеза известно, что 1,5 года назад пациент имел половой контакт с незнакомой женщиной. До обращения в клинику нигде не обследовался и не лечился. Реакция Вассермана резко положительная (4+), реакция микропреципитации резко положительная (4+), реакция Канны резко положительная (4+), титр реагинов 1 : 60. Поставлен диагноз — сифилис ранний скрытый.

Проведено специфическое лечение согласно методическим указаниям № 98/273 «Лечение и профилактика сифилиса», новокаиновой солью пенициллина по 600 000 ЕД 2 раза в сутки в течение 20 дней.

После терапии выполнена ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая желудка на всем протяжении бледно-розового цвета, блестящая. На расстоянии 5 см от розетки на малой кривизне виден линейный сформировавшийся рубец длиной около 3 см. Слизистая в области него слегка гиперемирована, отечна, пальпаторно мягкая, легко берется в щипцы, смещается. Угол не деформирован. Луковица свободно проходима, цвет слизистой розового цвета.

Ранние специфические поражения желудка при сифилисе не имеют патогномоничных признаков. Обоснование

диагноза должно базироваться на комплексной оценке результатов клинко-эндоскопического и серологического обследования больного.

Таким образом, проблема диагностики и лечения сифилиса остается актуальной для теоретической и практической медицины. Сифилитическая инфекция ставит все новые вопросы и побуждает избегать упрощенного взгляда на них, ставшего модным в настоящее время.

Литература

1. Бурькина Г.Н., Севашевич А.В. и др. Клинико-эпидемиологические особенности течения сифилиса в Санкт-Петербурге // Вестн. дерматологии и венерологии. 2006. № 1. С. 46—49.
2. Бурькина Г.Н., Севашевич А.В., Кабирова З.С. и др. Анализ серорезистентности при сифилитической инфекции // Материалы конф. «Актуальные проблемы дерматовенерологии». СПб., 2003. С. 38—39.
3. Потекаев Н.С., Шмырев В.И., Тымчишина М.В., Машигин В.П. Особенности диагностики и лечения раннего сифилиса сосудов головного мозга // Вестн. дерматологии и венерологии. 1998. № 1. С. 55—57.
4. Борисенко К.К., Лосева О.К., Ибрагимов Р.А. и др. Сифилис третичный активный, множественные гуммы нижних конечностей // ИПП. 1999. № 4. С. 38—40.
5. Хамидов Ш.А., Величанов У.А., Балтабаев М.К. и др. Особенности эпидемиологии, современного течения и лечения раннего приобретенного сифилиса // Вестн. дерматологии и венерологии. 2004. № 2. С. 58—59.

Поступила в редакцию 21.12.2006 г.