

СИФИЛИС У БОЛЬНОЙ С ПЕРВИЧНЫМ ДИАГНОЗОМ ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ, ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ И ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИИ

Б.П. Богомолов, А.А. Сорокина, М.А. Королева

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Представлено клиническое наблюдение свежего вторичного сифилиса с поражением полости рта и губ у больной 25 лет. Первичный диагноз инфекционного мононуклеоза, цитомегаловирусной и герпетической инфекции, установленный в поликлинике, оказался ошибочным. Проведена ретроспективная дифференциальная диагностика инфекционного мононуклеоза, цитомегаловирусной и герпетической инфекции и свежего вторичного сифилиса. Описанный случай свидетельствует об отсутствии необходимой настороженности в отношении венерических заболеваний у врачей поликлиники.

Ключевые слова: сифилис; инфекционный мононуклеоз; цитомегаловирусная инфекция; герпетическая инфекция; диагностика.

SYPHILIS IN A PATIENT WITH THE PRIMARY DIAGNOSIS OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS, CYTOMEGALOVIRUS AND HERPES INFECTION

B.P. Bogomolov, A.A. Sorokina, M.A. Koroleva

Central Clinical Hospital with Polyclinic, General Management Department of Presidential Administration, Moscow, Russia

The paper reports a case of fresh secondary syphilis affecting oral cavity and lips in a 25 year old woman. The primary diagnosis of infectious mononucleosis, cytomegalovirus and herpes infection proved erroneous. Retrospective differential diagnostics of infectious mononucleosis, cytomegalovirus and herpes infection from fresh secondary syphilis was performed. This case suggests the absence of vigilance with respect to venereal diseases in the medical personnel.

Key words: syphilis; infectious mononucleosis; cytomegalovirus and herpes infection; diagnostics.

Среди инфекций, передающихся половым путем (ИППП), сифилис по-прежнему остается наиболее актуальной проблемой, привлекающей внимание специалистов.

В последние годы отмечается тенденция к уменьшению регистрации большинства ИППП, однако многие авторы связывают это с тем, что большинство пациентов часто обращаются к частнопрактикующим врачам и специалистам других негосударственных медицинских организаций, где не налажена система учета. Следует отметить, что в структуре заболеваемости сифилисом на фоне снижения показателя общей заболеваемости (с 53,3 до 37,6 на 100 тыс. населения) сохраняется рост частоты скрытых и поздних форм. Количество случаев заболевания скрытым поздним сифилисом в целом по стране увеличилось на 19,8%.

Известно, что повышение частоты скрытых форм сифилиса происходит преимущественно за счет несвоевременной диагностики его ранних скрытых форм, имеющих важное эпидемиологическое значение и вызывающих значительные затруднения при установлении диагноза.

В Российской Федерации в 2011 г. зарегистрировано 429 469 случаев ИППП, что в расчете на 100 тыс. населения страны составило 300,6 (против 541 889 и 381,9 в 2009 г.). В структуре заболеваемости ИППП в стране сифилис составил 12,5% (против 14% в 2009 г.).

Раннее распознавание сифилиса — этой многоликкой инфекции часто невозможно. Запоздавшая диагностика и как следствие поздно начатое лечение ведут к развитию хронических форм.

Приводим клиническое наблюдение.

Б о л ь н а я Н., 25 лет, поступила в инфекционное отделение больницы 18.04.12 с направительным диагнозом: инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная и герпетическая инфекция. При поступлении жаловалась на повышение температуры тела до 40°C, озноб, чувство затруднения дыхания, боль в суставах.

Считает себя больной с февраля 2012 г., когда впервые отметила повышение температуры тела до 39°C и появился кашель. Принимала клацид в течение 10 дней. Кашель прекратился, но вскоре вновь повысилась температура, возобновился кашель, появилась боль в горле, увеличились подчелюстные лимфатические узлы (ЛУ). Тогда же на верхней губе появились эрозия и отек. По рекомендации врача поликлиники в связи с подозрением на простой герпес назначен ацикловир. В связи с неэффективностью лечения консультирована иммунологом, по назначению которого принимала валтрекс и иммунофан, однако улучшения не наблюдалось.

Со слов пациентки, 26.03.12 появилась сыпь на коже туловища. За 2 нед сыпь распространилась на кожу лица (преимущественно на границе роста волос), туловища, ладони и стопы. Высыпания на коже субъективно не беспокоили. Через 3 нед вновь отмечен подъем температуры тела до 40°C. Службой скорой медицинской помощи была госпитализирована в инфекционное отделение больницы с диагнозом: инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная и герпетическая инфекция. При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 37,1°C. На коже лба (преимущественно на границе роста волос), ту-

ловища и половых органах розеолезная сыпь. Верхняя губа резко отечна, на этом фоне несколько болезненная эрозия диаметром около 1 см с четкими краями и ровным дном бордового цвета, крепко тушированная раствором фукарцина. Подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые ЛУ увеличены до 1,5—4 см, плотноэластической консистенции, болезненные при пальпации, не спаянные с кожей и окружающими тканями. В легких дыхание ослаблено в задненижних отделах, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания 16 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 112 в минуту. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Печень у края ребер. Селезенка не пальпируется. Язык влажный, обложен белым налетом; слизистая оболочка полости рта гиперемирована, миндалины увеличены, без гнойных наложений.

Консультация стоматолога 19.04.12: жалобы на общую слабость, умеренно болезненную язву на верхней губе справа, припухлость подчелюстной области, шероховатость слизистой оболочки полости рта, набухание десен. Язва на верхней губе появилась 1,5 мес назад. Одновременно пациентка отметила болезненный отек правой половой губы, умеренное уплотнение и увеличение всех групп ЛУ. В анамнезе рецидивирующий простой герпес на губах с обострениями до четырех раз в год. При внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. На коже лица и туловища розоватые мелкие округлые пятна диаметром 0,5—1 см, исчезающие при надавливании. На лбу папулезная сыпь — «корона Венеры» (рис. 1; см. вклейку). Привычный подвывих нижней челюсти. Подчелюстные и шейные ЛУ увеличены до 2 см, плотной консистенции, подвижны, болезненны при пальпации. На нижней губе герпетические высыпания, покрытые геморрагическими корочками, на верхней губе — умеренно болезненная при пальпации эрозивная поверхность диаметром около 1,5 см, имеющая правильные округлые очертания с ровным гладким дном цвета сырого мяса (рис. 2; см. вклейку). Слизистая оболочка полости рта и небные дужки отечны, гиперемированы, разрыхлены, увлажнены. Выводные протоки околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез без изменений. Секрет желез чистый, в умеренном количестве. На слизистой оболочке полости рта и языке — единичные папулы розового цвета. Язык ярко-розового цвета, отечен, суховат. Тонус языка в норме. Вкус не изменен. Состояние тканей пародонта и зубов: десны отечны, умеренно гиперемированы, легко кровоточат при зондировании. Определяются обильные зубные отложения, разрушенные корни зубов. Гигиена полости рта плохая; курит. Индекс КПУ зубов равен 17. Пациентка нуждается в удалении разрушенных корней, лечении и протезировании зубов в плановом порядке в поликлинике. Рекомендована срочная консультация дерматовенеролога. Назначены анализы крови на сифилис (иммуноферментный анализ, реакция пассивной гемагглютинации), ВИЧ-инфекцию, вирусы Эпштейна—Барр, вирус простого герпеса типа 1 и 2, цитомегаловирус. Для исключения очагов хронической одонтогенной ин-

фекции рекомендована ортопантомограмма челюстей. Информированное добровольное согласие пациентки на дообследование и лечение получено.

Назначены (местно): ротовые полоскания (раствор Тантум Верде чередовать с 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата и ротокана 3—4 раза в сутки); аппликации 5% мази ацикловира на нижнюю губу 4 раза в сутки; 1% водный раствор колларгола 2 раза в сутки, масло шиповника на губы 3 раза в сутки в течение 10 дней. Имудон по схеме. Даны рекомендации по гигиене полости рта и языка.

Консультация дерматовенеролога 20.04.12: жалобы на высыпания на коже лица, губ, туловища, субъективно не беспокоящие. Со слов пациентки, они появились около 1,5 мес назад. Свое состояние ни с чем не связывает. Наличие в анамнезе специфического заболевания и лечения категорически отрицает. Объективно: кожный процесс распространенный, полиморфный. Высыпания располагаются на границе роста волос, на задней поверхности шеи, на туловище (преимущественно на боковых поверхностях), а также на больших половых губах. На коже лба (на границе роста волос) элементы представлены четко отграниченными от окружающей кожи дермальными папулами округлых и овальных очертаний, полушаровидной формы, располагающимися изолированно; при пальпации плотноэластической консистенции. Поверхность папул ровная со сглаженным кожным рисунком, блестящая. Цвет их от бледно-розового до буровато-красного (медного) и синюшно-красного. Элементы сыпи (розеолы) на туловище и больших половых губах представлены округлыми бледно-розовыми пятнами диаметром до 10 мм, исчезающими при надавливании. Некоторые из них имеют небольшое западение в центре и покрыты пластинчатыми чешуйками. На верхней губе на фоне отечности визуализируется эрозия диаметром около 1,5 см желтовато-розового цвета, округлой формы, с четкими ровными краями, умеренно болезненная при пальпации. Волосы и ногти без изменений. Диагноз: вторичный свежий сифилис (А 51.3).

Общий анализ крови (19.04.12): Нб 99 г/л, тр. $269 \cdot 10^9$ /л, л. $8,6 \cdot 10^9$ /л, н. 72%, п. 6%, с. 66%, лимф. 19%, мон. 8%.

Биохимический анализ крови (19.04.12): аланинаминотрансфераза 77,9 Ед/л, аспаратаминотрансфераза 60,2 Ед/л, гамма-глутамилтранспептидаза 81,8 Ед/л, щелочная фосфатаза 189,5 Ед/л. Остальные показатели (глюкоза, билирубин, триглицериды, белок общий, электролиты) в норме.

В сыворотке крови (19.04.12) антитела к вирусу Эпштейна—Барр, иммуноглобулины (Ig) классов G и M не обнаружены. Антитела к цитомегаловирусу: IgM 4,5, IgG 211,7. Методом иммуноферментного анализа обнаружены антитела к *Treponema pallidum* (IgG, IgM). RPR — положительная реакция. Реакция пассивной гемагглютинации в титре 1:5120.

Рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа (19.04.12): признаки бронхита, ринита, фронтита.

Проводилась внутривенная дезинтоксикационная и поэтапная антибактериальная терапия: цефотаксим по 1 г 4 раза в сутки внутримышечно; цифран 400 мг и метрогил 500 мг внутривенно капельно 2 раза в сутки; гемодез 400 мл и флюконазол 150 мг 1 раз в сутки; дексазон 12 мг внутривенно капельно с последующим снижением дозы; ферменты, эубиотики. Состояние пациентки улучшилось, нормализовалась температура тела. Воспалительные изменения слизистой оболочки ротоглотки, герпетические проявления, а также розеолезные высыпания на коже регрессировали.

Лечение сифилиса начато только в инфекционном стационаре и после выписки продолжено в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства.

Заключение

Ошибочный направительный диагноз (инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная и герпетическая инфекция) у больной со свежим вторичным сифилисом явился следствием общих симптомов, свойственных этим заболеваниям (лихорадка, сыпь, катаральное состояние дыхательных путей). При внимательном изучении каждого из этих симптомов инфекционного мононуклеоза, цитомегаловирусной и герпетической инфекции и сифилиса они имели свои особенности, но не приняты во внимание врачом поликлиники. На поликлиническом этапе до госпитализации больной клиническое течение заболевания не стало предметом коллегиального дифференциально-диагностического обсуждения. Не были учтены и сроки болезни — более 2,5 мес. К этому времени клинические проявления инфекционного мононуклеоза обычно регрессируют, тогда как сифилис в наблюдаемом случае имел яркую клиническую картину.

Лихорадка при инфекционном мононуклеозе обычно

длится 1—3 нед, сопровождается интоксикацией, головной болью, недомоганием, общей слабостью. Сыпь на коже при инфекционном мононуклеозе яркая в виде пятен и папул без характерной локализации. Иногда сыпь проявляется на субиктеричном и даже иктеричном фоне [1—3]. Из-за увеличения миндалин носовое дыхание при инфекционном мононуклеозе затруднено. Заложность носа в этом случае имитирует насморк, который, по наблюдениям старых врачей-венерологов, может сопутствовать сифилису [4, 5]. Фигурирующая в направительном диагнозе герпесвирусная и цитомегаловирусная инфекция [6, 7] уводила мысль врача от правильного диагноза — сифилиса. О возможном сифилисе (что требовало от врача экстренного лабораторного обследования) у больной свидетельствовали такие симптомы заболевания, как «корона Венеры», наличие розеолезной сыпи на туловище, ладонях и стопах, волнообразный тип лихорадки [4, 5, 8]. Наибольшую диагностическую трудность представляла дифференциация герпетической инфекции и герпетической формы вторичного сифилиса. В наблюдаемом нами случае возможен вариант микстинфекции.

Ретроспективный дифференциально-диагностический разбор инфекционного мононуклеоза, цитомегаловирусной и герпетической инфекции и свежего вторичного сифилиса иллюстрирует отсутствие необходимой настороженности у врачей поликлиники в отношении венерических заболеваний. В современных условиях, как известно, они встречаются не редко. В поликлинике следовало провести консультации стоматолога, дерматовенеролога, а также выполнить соответствующее лабораторное исследование на подозреваемые инфекции, включая сифилис. Такая диагностическая тактика позволила бы избежать непрофильной госпитализации больной и намного раньше приступить к лечению сифилиса.

Сведения об авторах:

Центральная клиническая больница ГМУ УД Президента РФ

Богомолов Борис Павлович — д-р мед. наук, член-корр. РАМН, проф., зам. главного инфекциониста ГМУ; науч. руководитель по инфекционным болезням; зав. курсом инфекционных болезней ф-та фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова
Сорокина Анастасия Анатольевна — канд. мед. наук, врач-стоматолог инфекционных корпусов; E-mail: sorokinastassia@mail.ru
Королева Мария Александровна — врач-дерматовенеролог

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолов Б.П. Инфекционные болезни. М.: Издательство МГУ; 2006.
2. Казанцев А.П. Инфекционный мононуклеоз. В кн.: Лобзин Ю.В., ред. Руководство по инфекционным болезням. СПб.: ООО «Издательство Фолиант»; 2000: 386—93.
3. Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. М.: Медицина; 1985.
4. Картамышев А.И. Кожные и венерические болезни. М.: Медгиз; 1953.
5. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. М.; 1999.
6. Богомолов Б.П. Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика. М.: Ньюдиамед; 2007.
7. Казанцев А.П. Цитомегаловирусная инфекция. В кн.: Лобзин Ю.В., ред. Руководство по инфекционным болезням. СПб.: ООО «Издательство «Фолиант»; 2000: 399—400.
8. Борк К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. М.: Медицинская литература; 2011.

REFERENCES

1. Bogomolov B.P. Infectious diseases. Moscow: MGU; 2006 (in Russian).
2. Kazancev A.P. Infectious mononucleosis. In.: Lobzin Ju.V., red. Guide to infectious diseases. SPb.: ООО «Izdatel'stvo Foliant»; 2000: 386—93 (in Russian).
3. Nisevich N.I., Uchajkin V.F. Infectious diseases in children. Moscow: Medicina; 1985 (in Russian).
4. Kartamyshev A.I. Skin and venereal diseases. Moscow: Medgiz; 1953 (in Russian).
5. Skripkin Ju.K., Mordovcev V.N. Skin and venereal diseases: guide for doctors. Moscow; 1999 (in Russian).
6. Bogomolov B.P. Infectious diseases: urgent diagnosing, treatment, prevention. Moscow: N'judiamed; 2007 (in Russian).
7. Kazancev A.P. Cytomegaloviral infection. In.: Lobzin Ju.V., red. Guide to infectious diseases. SPb.: ООО «Izdatel'stvo "Foliant"»; 2000: 399—400 (in Russian).
8. Bork K. Diseases of a mucous membrane of an oral cavity and lips. Clinical picture, diagnosing, treatment. Moscow: Med. lit.; 2011 (in Russian).

Поступила 16.10.13

К ст. Богомолова Б.П.



Рис. 1. «Корона Венеры» — дермальные папулы от бледно-розового до синюшно-красного цвета на границе роста волос — у больной Н. Диагноз: Вторичный свежий сифилис.



Рис. 2. Герпесвирусные поражения верхней губы у той же больной с вторичным свежим сифилисом.