

2. Мартынова Г.П., Прохоренков В.И., Кузнецова Н.Ф. Ранний врожденный сифилис: эпидемиологические и клинико-лабораторные аспекты течения. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014; 2: 27–33.
- [Martynova G.R., Prokhorencov V.I., Kuznetsova N.F. Early congenital syphilis: epidemiological, clinical and laboratory aspects of the clinical course. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2014; 2: 27–33]. (in Russian)
3. Москвин И.И. Клинико-эпидемиологические особенности течения сифилиса в период беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л.; 2003.
- [Moskvin I.I. Clinical and epidemiological, aspects syphilis during the pregnancy. Dis. St.Peterburg; 2003]. (in Russian)
4. Гордеева Г.В., Павлова М.П. Медико-социальные предпосылки врожденного сифилиса у детей в Чувашии. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2001; 6: 50–1.
- [Gordeeva G.V., Pavlova M.P. Medico-social premises congenital syphilis in the Chuvash Republic. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2001; 6: 50–1]. (in Russian)
5. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2008–2012 гг. Статистические материалы. [Resources and activity dermatological medical organizations profile. The incidence of sexually transmitted diseases, infectious skin diseases and diseases of the skin over the 2008–2012. Statistics]. (in Russian)
6. Тихонова Л.И., Сафарова Э.А., Салахов Э.Р. Масштаб распространения, определяющие факторы и последствия врожденного сифилиса в Российской Федерации: результаты оценки в пяти регионах. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2006; 5: 41–3.
- [Tikhonova L.I., Safarova E.A., Salakhov E.R. Distribution, contributing factors, and consequences of congenital syphilis in the Russian Federation: results of assessment in five regions. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2006; 5: 41–3]. (in Russian)

Поступила 27.01.15  
Received 27.01.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015  
УДК 616.972-07

## Случаи поздней диагностики третичного сифилиса

Дегтярев О.В.<sup>1</sup>, Молчанов В.М.<sup>2</sup>, Нерсисян А.Ю.<sup>1</sup>, Горюнова С.П.<sup>2</sup>, Воронина Л.М.<sup>2</sup>, Ветошкина Л.Н.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра дерматовенерологии (зав. – проф. Н.И. Рассказов) ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Астрахань; <sup>2</sup>ГБУЗ Астраханский областной кожно-венерологический диспансер (главный врач В.В. Думченко), г. Астрахань

*Представлены клинические наблюдения третичного сифилиса у пациенток с поздно установленным диагнозом из-за уклонения от лечения вследствие их социальной дезадаптации. Верификация диагноза и лечение пациенток стали возможными только лишь при их поступлении в психоневрологический стационар по поводу сифилиса нервной системы и психических расстройств.*

Ключевые слова: сифилис третичный; гумма; сифилис нервной системы.

Для цитирования: Дегтярев О.В., Молчанов В.М., Нерсисян А.Ю., Горюнова С.П., Воронина Л.М., Ветошкина Л.Н. Случай поздней диагностики третичного сифилиса. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18(2): 60–62.

### CASES WITH LATE DIAGNOSIS OF TERTIARY SYPHILIS

Degtyarev O.V.<sup>1</sup>, Molchanov V.M.<sup>2</sup>, Nersesyan A.Yu.<sup>1</sup>, Goryunova S.P.<sup>2</sup>, Voronina L.M.<sup>2</sup>, Vetoshkina L.N.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Astrakhan State Medical Academy, Astrakhan, Russia; <sup>2</sup>Astrakhan Regional Center of Skin and Sexually-Transmitted Diseases, Astrakhan, Russia

*Clinical observations of tertiary syphilis in female patients are presented. The disease was diagnosed too late because the patients were refusing from therapy for a long time and the disease was detected only after hospitalization in psychoneurological center. The patients were hospitalized for lues nervosa, mental disorders, and cutaneous manifestations of syphilitic gumma with degradation and cicatrization.*

Key words: tertiary syphilis; gumma; lues nervosa.

Citation: Degtyarev O.V., Molchanov V.M., Nersesyan A.Yu., Goryunova S.P., Voronina L.M., Vetoshkina L.N. Cases with late diagnosis of tertiary syphilis. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2015; 18(2): 60–62. (in Russ.)

В последние годы постэпидемический подъем сифилитической инфекции, по данным официальной статистической отчетности, характеризуется значительным увеличением регистрации поздних форм заболевания, в том числе с поражением нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата [1]. Однако третичный сифилис в настоящее время встречается

исключительно редко. Обычно он развивается через 3–10 лет после заражения, но иногда может возникать и через много лет после бывшей первичной сифиломы. Многие исследователи считают, что после внедрения в практику дюранных препаратов пенициллина возможен рост частоты развития поздних форм инфекции с клиническими проявлениями [1].

Возврат третичного сифилиса, спиной сухотки и прогрессивного паралича может быть обусловлен ассоциацией бледной трепонемы с возбудителями других инфекций, передаваемых половым путем, особенно с ВИЧ-инфекцией [2–5]. Клиническими проявлениями третичного сифилиса служат деструктивные поражения кожи и костей, суставов внутренних органов и нервной системы. Существенно меняется и психика человека. Пациенты становятся «странными», страдают психической неустойчивостью, у них может наблюдаться галлюцинозный бред [6–8]. На коже и слизистых оболочках тре-

#### Сведения об авторах:

Дегтярев Олег Владимирович, доктор мед. наук, профессор; Молчанов Василий Михайлович, зав. отделением; Нерсисян Артур Юрьевич, клинический ординатор; Горюнова Светлана Павловна, врач; Воронина Людмила Михайловна, заместитель главного врача; Ветошкина Лидия Николаевна, кандидат мед. наук (lidaveto@mail.ru).

#### Corresponding author:

Vetoshkina Lidiya, MD, PhD (lidaveto@mail.ru).

тичные сифилиды проявляются бугорками и гуммами.

Поражения опорно-двигательного аппарата при третичном периоде сифилиса проявляются в виде остеоперостита или остеомиелита, протекают тяжело и сопровождаются деструктивными изменениями. Наиболее часто поражаются длинные трубчатые кости (голени, предплечья), а также кости черепа, грудины, ключицы и другие.

Верификация диагноза в третичном периоде сифилиса представляет определенные трудности, так как клинические проявления разнообразны, а серологические реакции (нетрепонемные) информативны лишь у 65–70% больных. Нередко это приводит к диагностическим ошибкам, несоответствующему лечению, в том числе и хирургическому [2, 6].

Описан клинический случай поздней диагностики третичного сифилиса опорно-двигательного аппарата у пациентки, которая длительное время наблюдалась участковым врачом с диагнозом тромбоза. Диагноз сифилиса был верифицирован только после самоампутации правой голени [9].

Сопоставление числа заболевших сифилисом во время эпидемии 1990–2000 гг. и числа зарегистрированных больных нейросифилисом указывает на неполноту диагностики данного заболевания. Люмбальная пункция ушла из практики врача дерматовенеролога. Не распознается не только асимптомный менингит, но и манифестный нейросифилис. Пациентов с клиническими проявлениями нейросифилиса (парезы, параличи, психические нарушения и т.д.) госпитализируют в неврологические и психиатрические стационары, где скрининговое обследование дает положительные результаты серологических тестов. При этом ликворологические исследования либо не проводят вообще, либо осуществляют без серологических тестов в ликворе. У больных диагностируют «скрытый» сифилис и неврологическую патологию как два сосуществующих заболевания, вследствие чего назначают неадекватное лечение. Весьма затруднителен клинико-серологический контроль больных нейросифилисом [10].

Приводим два клинических наблюдения случаев поздних форм сифилиса с поражением нервной системы.

#### Наблюдение 1

Больная З., 31 год, впервые обратилась к дерматологу по месту жительства 21.10.11, где при обследовании были получены положительные результаты анализа крови на комплекс серологических реакций (КСР: с трепонемным антигеном 4+; с кардиолипидным антигеном 4+; микрореакция 4+), в связи с чем больную направили в Астраханской областной кожно-венерологический диспансер (ГБУЗ АО ОКВД), где проведен КСР от 11.10.11 (3+4+4+), титр 1:128. Был установлен диагноз: сифилис скрытый неведомый, с подозрением на нейросифилис. От дальнейшего обследования и лечения больная отказалась. На прием к дерматовенерологу не явилась, неоднократно ее вызывали на прием врача эпидемиологической службой ГБУЗ АО ОКВД, но по адресу, указанному в амбулаторной карте, она не проживала.

Пациентку госпитализировали 22.02.12 в стационар ГБУЗ АО Областной психиатрической больницы (ГБУЗ АО ОПБ) как неизвестную, без документов. 24.02.12 осмотрена дерматологом стационара по поводу отморожения кистей, ссадин голени и локтей. При взятии крови на КСР 25.02.12 получены положительные результаты серологических реакций. Иммуноферментный анализ (ИФА) с суммарными антителами - 3,600 (оптическая критическая ОП 0,206); микрореакция 4+ (титр 1:128). При осмотре выявлены крупный язвенный дефект кожи в области межягодичной складки и язва округлой формы диаметром 2 × 4 см с плотными валикообразными инфильтрованными краями, ровным подрывтым дном, покрытым грануляциями, без признаков воспалительной реакции вокруг язвы (см. рисунок, а). На основании клинической картины и положительных серологических реакций дерматологом выставлен диагноз сифилиса третичного гуммозного, назначено лечение цефтриаксоном по



Больная З. Сифилис третичный.

а – до лечения; б – после лечения.

1 г внутримышечно (в/м) 1 раз в сутки в течение 10 дней. После проведенного лечения клинические проявления отморожения купировались, однако в области крестца сохранялась некротическая кровянисто-грязного цвета корка. Продолжено лечение цефтриаксоном по 1 г в/м 2 раза в сутки до 14 дней. Один курс лечения завершила. После лечения по результатам ИФА суммарные антитела составили 3,324 (о.п. критич. 0,210), титр 1:160, микрореакция 4+ (титр 1:64). Реакция иммунофлюоресценции корки и стержня), проведен второй курс лечения цефтриаксоном в дозе 1 г в/м 1 раз в сутки в течение 10 дней. После проведенного лечения язвенный дефект очистился и заполнился грануляциями, стал образовываться типичный втянутый в центре и гиперпигментированный «звездчатый» рубец (см. рисунок, б).

#### Наблюдение 2

Больная Н., 42 года, находилась на стационарном лечении в неврологическом отделении ГБУЗ Городская клиническая больница №3 (ГКБ №3) с 15 марта по 12 апреля 2012 г. При исследовании люмбальной пункционной жидкости получены положительные серологические результаты КСР (с трепонемальным антигеном 3+; с кардиолипидным антигеном 4+; микрореакция 4+), выставлен диагноз: сифилис поздний с поражением нервной системы, прогрессирующий паралич дементная форма. Было проведено лечение цефтриаксоном в дозе 1 г в/м 1 раз в сутки в течение 20 дней, затем больную направили на стационарное лечение в ГБУЗ ОПБ.

Клинико-серологического наблюдения за больными после лечения не проводилось, вследствие их социальной неадаптированности.

Таким образом, у больных с поздними формами сифилиса имелось поражение нервной системы с психическими расстройствами, однако из-за социальной неадаптированности пациенток в первом случае специфическое лечение стало возможным только лишь после поступления в психиатрическую больницу, во втором случае у больной развилось позднее поражение нервной системы с трансформацией в прогрессирующий паралич.

Имеющиеся подобные сведения позволяют думать о начале формирования постэпидемического роста заболеваемости поздними формами сифилиса с поражением нервной системы после эпидемии в 1990-х и начале 2000-х годов. В силу социальных проблем населения в настоящее время этот вопрос требует дальнейшего изучения и бдительности в плане правильной диагностики, особенно у лиц неврологических стационаров.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Заболеваемость, ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений в 2008 г. Статистические материалы. М.: Минздравсоцразвития РФ; 2009.
2. Потекаев Н.С. *Дерматовенерология – синтез науки и практики*. Избранные труды. М.: Медицинская книга; 2004.
3. Balachandran C., Sabita L., Kanthzaj G.R. Perforation of hand palate in lues maligna associated with HIV infection. *Genitourin Med.* 1997; 73(3): 225.
4. Don P.C., Rubinstein R., Christie S. Malignant syphilis (lues maligna) and concurrent infection with HIV. *Int. J. Dermatol. Clin.* 1995; 34(6): 403–7.
5. Hicks C.B. Syphilis and HIV infection. *Dermatol. Clin.* 1991; 9(3): 493–501.
6. Ге А.Г. *Курс венерических болезней*. Казань; 1903.
7. Григорьев П.С. *Учебник венерических болезней*. М.-Л.: БиоМедгиз; 1934.
8. Молочков В.А., Иванов О.Л., Чеботарев В.В., ред. *Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника, диагностики, лечение*. М.: Медицина; 2006.
9. Мавлютова Г.И., Минуллин И.К., Бильдюк Е.В., Губайдуллин Р.М. Случай поздней диагностики третичного сифилиса. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2010; 2: 48–51.
10. Лосева О.К., Аншуков А.В., Пивоварова В.И. Современные проблемы диагностики, лечения и клинико-серологического контроля больных нейросифилисом. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2008; 2: 56–9.

Поступила 03.01.15

#### REFERENCES

1. *Incidence, resources and activities of STI institutions in 2008. Statistics* Moscow; 2009. (in Russian)
2. Potekaev N.S. *Dermatovenereology – of science and practice. Select labours*. Moscow: Meditsinskaya kniga; 2004. (in Russian)
3. Balachandran C., Sabita L., Kanthzaj G.R. Perforation of hand palate in lues maligna associated with HIV infection. *Genitourin Med.* 1997; 73(3): 225.
4. Don P.C., Rubinstein R., Christie S. Malignant syphilis (lues maligna) and concurrent infection with HIV. *Int. J. Dermatol. Clin.* 1995; 34(6): 403–7.
5. Hicks C.B. Syphilis and HIV infection. *Dermatol. Clin.* 1991; 9(3): 493–501.
6. Ge A.G. *Course of venereal diseases*. Kazan; 1903. (in Russian)
7. Grigorev P.S. *Textbook of venereal diseases*. Moscow-Leningrad: BioMedgiz; 1934. (in Russian)
8. Molochkov V.A., Ivanov O.L., Chebotarev V.V., eds. *Of sexually transmitted infections. Clinic, diagnostics, treatment*. Moscow: Meditsina; 2006. (in Russian)
9. Mavlyutova G.I., Minullin I.K., Bilydyuk E.V., Gubajdullin R.M. Case of late diagnostics of therapy syphilis. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2010; 2: 48–51. (in Russian)
10. Loseva O.K., Anshukov A.V., Pivovarova V.I. Modern problems of diagnostics, of therapy and clinic-serological control of patients with neurosyphilis. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2008; 2: 56–9. (in Russian)

Received 03.01.15