

---

## ЛИТЕРАТУРА

1. Башмакова М.А., Савичева А.М. Папилломавирусная инфекция. – М., 2005.
2. Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника. Диагностика, лечение: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Молочкова, О.Л. Иванова, В.В. Чеботарева. – М., 2006.
3. Киселев В.И., Киселев О.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. – СПб.-М., 2003.
4. Ковалев Ю.Н., Молочков В.А., Петрова М.С. Болезнь Рейтера. – М., 2006.
5. Кулаков В.И., Роговская С.И., Бабнева Т.Н. // Заболевания шейки матки, влагалища, вульвы. – М., 2003. – С. 241-254.
6. Коэн К.Р., Бранем Р.К. // ИППП. – 2001. – № 6. – С. 4-8.
7. Лыкова С.Г., Хрянин А.А. Урогенитальный хламидиоз: Метод. пособ. – Новосибирск, 1998.
8. Манухин И.Б., Кондриков Н.И., Крапошина Т.П. Заболевания наружных половых органов. – М., 2002.
9. Молочков В.А. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2000. – № 1. – С. 4-9;
10. Молочков В.А. Урогенитальный хламидиоз. – М., 2006.
11. Молочков В.А., Аксенова О.А., Зенгер В.Г., Побединский Н.М. // Матер. V науч.-практ. конфер.: Терапия социально значимых заболеваний в дерматовенерологии. Новые лекарственные препараты в практике дерматовенеролога. – М., 2005. – С. 252-253.
12. Молочков В.А., Афонин А.В., Семенова Т.Б. и др. Обследование и лечение больных сифилисом в сочетании с туберкулезом и вирусными гепатитами В и С.: Уч. пособ. – М., 2005.
13. Молочков В.А., Киселев В.И., Пальцев М.А. // Матер. IV науч.-практ. конфер.: Терапия социально значимых заболеваний в дерматовенерологии. Новые лекарственные препараты и средства в дерматологии и косметологии. – М., 2004. – С. 115-116.
14. Marra F., Mara C.A., Patrick D.M. 1997 // Inf. Med. Microbiol. – 2007. – V. 8. – P. 202-208.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

*А.В. Молочков, А.В. Афонин, Е.Е. Топоркова, А.П. Минасян, Е.О. Пересманас  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского  
МУЗ ЭЦГБ, г. Электросталь, Московская область  
КВД, г. Балашиха, Московская область  
Санаторий внелегочных форм туберкулеза «Красная роза», г. Балашиха,  
Московская область*

Изучение сопутствующей инфекционной патологии у больных сифилисом приобретает большое значение в силу того, что препараты пенициллинового ряда, являющиеся основным средством для лечения сифилиса, не действуют на микоплазму, гарднерелу [2, 4]. Общие пути передачи ИППП ведут к одновременному инфицированию больного несколькими возбудителями.

Учитывая то, что первичный период сифилиса начинается от момента заражения бледной трепонемой, мы определяли срок от предположительного заражения до момента появления первичной сифиломы у больных с моноинфекцией сифилиса (группа МИС) и смешанной инфекцией сифилиса (группа СИС). Длительность инкубационного периода сифилиса в настоящее время варьирует довольно широко. Среднее время инкубации по нашим данным составило 4 недели.

У больных из группы МИС в среднем оно составило 4,4 недели (от 2,5 до 6,3), у больных группы СИС – 3,7 недели (от 2,3 до 5,1). Причем, наименьший период инкубации был у больных с активной туберкулезной инфекцией (в среднем 3,1 недели). Присутствие вируса гепатита В также укорачивало инкубационный период.

Применение противотуберкулезных антибактериальных средств – ПАСК, изониазида достоверно не влияло на длительность инкубационного периода (0,1 – 0,2), в то время как антибиотики из группы рифампицина несколько удлиняли период инкубации в среднем на 0,4 – 0,7 недели. Как известно, внедрение бледной трепонемы в кожу или слизистые происходит с образованием первичной сифиломы и далее распространяется по лимфатическим сосудам, где и наблюдаются явления лимфангиита.

У больных из группы МИС множественные шанкры наблюдали в 24% случаев, в группе СИС – в 36% случаев.

У больных из группы МИС в 82% случаев шанкры типичные (твердый шанкр), в 9% – эрозивные, болезненные – в 16%, сопровождалась в лимфангиитами в 23%.

У больных из группы СИС в 58% случаев шанкры были эрозивными, сопровождалась болезненностью в 53% случаев. Лимфангиит наблюдали в 18% случаев, полиаденит – у 28,5% из группы МИС и 19% – из группы СИС.

Баланопастит клинически в группе МИС наблюдался 4%, в группе СИС в 13%.

Экстрагенитальные шанкры в группе МИС выявлялись в 12% случаев, в группе СИС в 18%. У женщин из группы МИС шанкр в 69% случаев локализовался в области больших и малых половых губ, в 18% – в области ануса, в 13% – в ротовой полости. У женщин из группы СИС шанкр в области гениталий отмечался в 47% случаев, в 24% – в области ануса, в 31% – в ротовой полости. У женщин из группы МИС единичные шанкры наблюдали в 71%, в группе СИС – в 51% случаев.

В группе МИС появление пятнистого сифилида-розеолы отмечалось в среднем через 9 недель от момента предполагаемого заражения. У больных СИС группы в среднем через 7,6 недели. Сифилитические розеолы в группе МИС отмечались у 53% больных, в группе СИС – у 33%. Узелковые сифилиды (папулы) – у 46% из группы МИС и 31% – из группы СИС.

---

Папулезные элементы ладоней и подошв у больных со вторичным сифилисом из группы МИС были в 7%, из группы СИС в 9% случаев.

Сифилитическая аллопеция у больных из группы МИС в 8%, из группы СИС в 14% случаев.

При изучении течения и клинических проявлений сифилиса у больных групп МИС и СИС установлено, что инкубационный период у пациентов группы СИС несколько короче, чем в группе МИС (в том случае, если не применяли антибиотики для лечения сопутствующей инфекции), наличие туберкулезной, вирусогепатической инфекций и урогенитальных ИППП укорачивает инкубационный период.

У больных группы МИС преобладают одиночные, типичные шанкры, в то время как в СИС группе шанкры чаще множественные, эрозивные, болезненные. Экстрагенитальные шанкры также чаще присутствовали в группе СИС.

Проявления сифилитического лимфангита и полиаденита чаще наблюдались в группе МИС. Также у больных группы МИС чаще встречались узелковые и розеолезные высыпания.

В то же время клинические проявления нейросифилиса – аллопеция чаще наблюдались у больных группы СИС (в результате снижения иммунологической реактивности и повышения проницаемости гемато-цереброваскулярного барьера).

Как известно, инфекционные заболевания протекают с активным выбросом в кровоток цитокинов воспалительной реакции, которые среди многих реакций вызывают также увеличение проницаемости сосудистой стенки. Следствием этого процесса является выход белка и клеток из кровотока. Нарушения барьерной функции в организме приводят к более тяжелому течению заболевания.

Исследование спинномозговой жидкости имеет важное значение для диагностики манифестных и асимптомных поражений нервной системы у больных сифилисом, оценки эффективности специфического течения.

Сведения о частоте поражений нервной системы при ранних формах сифилиса достаточно противоречивы. Ряд исследователей утверждает, что патологические изменения, характерные для менингита, присутствуют нередко уже при первичном сифилисе [2, 4, 5].

Показания к спинномозговой пункции в настоящее время существенно сужены и, справедливости ради, следует отметить, что диагностирование у больных сифилисом скрытого менингита не изменяет диагноз, но может существенно влиять на тактику и прогноз терапии [1, 4].

Заболеваемость вирусными гепатитами постоянно растет. По данным ВОЗ, во всем мире только число хронических носителей вируса гепатита В достигает 500 млн человек. Сегодня хорошо известны вирусы гепатита А, В, С, D, E, G, TTV, Sen [6].

Туберкулез также остается одной из важнейших проблем современной медицины. Уровень заболеваемости туберкулезом варьирует

в разных странах мира и регионах. По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевают свыше 10 млн человек. В странах Европы заболеваемость туберкулезом за последние пять лет увеличилась на 108 % (с 35,1 до 39,9 на 100 000 населения). В Российской Федерации за последние десять лет число больных увеличилось на 112%, что может быть связано с теми экономическими и социальными проблемами, которые испытывала наша страна за последние годы. Высока и смертность от туберкулеза. Ежегодно умирает от этой инфекции 4-5 млн человек. Рост заболеваемости определяется легочными и внелегочными формами туберкулеза, куда входят костно-суставной, мочеполовой и туберкулез лимфатических узлов [3].

В период с 1997 по 2004 г. на базе санатория внелегочных форм туберкулеза «Красная Роза» и КВД г. Балашихи с целью изучения особенностей изменения спинномозговой жидкости у больных с ранними формами моноинфекции сифилиса и смешанной гепато-сифилитической, гепато-туберкулезно-сифилитической инфекции были обследованы 124 пациента в возрасте от 26 до 49 лет.

Больные были разделены на 6 подгрупп:

- 1-я – больные с моноинфекцией сифилиса (19 чел., 10 мужчин и 9 женщин);
- 2-я – больные с сифилисом, страдающие внелегочным туберкулезом (12 чел., 7 мужчин и 5 женщин);
- 3-я – больные с сифилисом, страдающие вирусным гепатитом ВС и неясной этиологии (26 чел., из них 7 – с гепатитом В, 9 – с гепатитом С, 6 – с гепатитом ВС и 4 – с гепатитом неясной этиологии);
- 4-я – больные с вирусными гепатитами (22 чел., 8 – с гепатитом В, 9 – с гепатитом С, 5 – с гепатитом ВС);
- 5-я – больные с сифилисом и вирусным гепатитом, страдающие внелегочным туберкулезом (6 чел., 2 – с гепатитом В, 2 – с гепатитом С и 1 – с гепатитом ВС, 1 – с гепатитом неясной этиологии);
- 6-я – больные с внелегочным туберкулезом (39 чел., 12 – с костно-суставным, 14 – с мочеполовым и 13 – с туберкулезом лимфоузлов).

Больным проводили клиническое обследование, определяли общепринятые характеристики спинномозговой жидкости (количество клеточных элементов, общее количество белка, цвет, прозрачность, сахар, хлориды).

В 1-й подгруппе патологические изменения выявлены у 5 пациентов (32%): один с первичным, два со вторичным рецидивным (женщина и мужчина) и два со скрытым ранним и скрытым поздним сифилисом (лимфоцитоз до 12 в п/зр., снижение хлоридов менее 115 ммоль/л, повышение белка до 0,65 г/л).

Среди больных 2-й подгруппы (туберкулез и сифилис) патологические изменения выявлены у 4 (33,3%): двух мужчин с первичным и вторичным рецидивным сифилисом и одной женщины со вторичным рецидивным сифилисом и одной женщины со скрытым ранним – цитоз до 15 в п/зр., снижение хлоридов менее 112 ммоль/л, повыше-

---

ние белка до 0,6 г/л. У всех 12 пациентов, в том числе и у больных с первичным сифилисом, РМП и ИФА положителен.

Из 26 больных 3-й подгруппы патологические изменения выявлены в ликворе у 12. С гепатитом В – у одного мужчины со вторичным свежим, одной женщины со вторичным рецидивным и одного мужчины со скрытым ранним сифилисом. С гепатитом С – у одного с первичным, одного со вторичным свежим и одного со вторичным рецидивным сифилисом. С гепатитом ВС – у одного с первичным, одного со вторичным свежим и двух со вторичным рецидивным сифилисом. С гепатитом неясной этиологии – у одного со вторичным свежим и одного с ранним скрытым сифилисом.

Наблюдала цитоз до 15 в п/зр., снижение хлоридов менее 110 ммоль/л, повышение белка до 0,6 г/л, РМП, ИФА был положителен у всех 9 пациентов, в том числе и пациентов с первичным сифилисом.

Из 22 пациентов 4-й подгруппы с вирусным гепатитом В и С, в том числе 8 – с гепатитом В, 9 – с гепатитом С, 5 – с гепатитом ВС, патологии в ликворе не выявили.

У больных 5-й подгруппы (6 чел.) с туберкулезом, сифилисом и гепатитом различной этиологии (см. табл.) патологические изменения выявлены у 4: одного с первичным сифилисом, одного со вторичным свежим, одного со вторичным рецидивным и одного со скрытым ранним.

Из 39 пациентов 6-й подгруппы, страдающих внелегочным туберкулезом, у двух (одного с костно-суставным и одного с мочеполовым) выявлены умеренные изменения в ликворе – цитоз до 12 в п/зр., повышение белка до 0,6 г/л.

При ликворологическом обследовании 124 больных с различной инфекционной патологией из 19 больных с моноинфекцией сифилиса у 6 (32%) были выявлены патологические изменения в ликворе.

Из 44 пациентов с сифилисом, страдающих одновременно туберкулезом и вирусным гепатитом, у 15 (23,4%) были выявлены патологические изменения в спинномозговой жидкости, причем, и у больных с ранними формами сифилиса.

Среди пациентов, не страдающих сифилисом с гепатитом и туберкулезом, у 3 (5%) – одного с гепатитом ВС и двух с внелегочным туберкулезом выявлены патологические изменения.

Из вышеизложенного следует, что больные сифилисом, одновременно болеющие вирусным гепатитом и туберкулезом, значительно чаще страдают асимптомным менингитом.

У больных с моноинфекцией (сифилис, туберкулез или гепатит) менингеальные симптомы отсутствуют или выявляются в незначительном числе случаев. У больных, страдающих, наряду с сифилисом, другими инфекционными заболеваниями, асимптомный менингит выявляется значительно чаще. Заслуживает внимания тот факт, что у больных сифилисом в сочетании с другими инфекциями менингит развивается уже на ранних стадиях заболевания, что ведет к более тяжелому его течению.

**Частота выявления признаков асимптомного менингита у больных в группах МИС и СИС**

Форма инфекции	n	Выявлено случаев (в %)	
		всего	в т.ч. с ранними формами сифилиса
МИС	19	5,2	-
Сифилис + туберкулез	12	25,0	16,6
Сифилис + гепатит	26	23,0	7,6
Гепатит	22	-	-
Сифилис+гепатит+туберкулез	6	33,3	33,3
Туберкулез	39	5,1	-

Сочетание туберкулезной инфекции с сифилисом дает ранние осложнения в 2 раза чаще, чем сочетание сифилиса с гепатитом. Серьезные нарушения гематоэнцефалического барьера более вероятны у больных с сочетанием этих двух инфекций, так как и туберкулез, и сифилис – это заболевания, вызывающие поражение оболочек мозга. Как известно, микобактерии поражают оболочки мозга уже в период развития первичной туберкулезной инфекции, тогда как для гепатитов такая форма осложнений не описана. Несмотря на отсутствие менингеальных симптомов при изолированных гепатитах, сочетание сифилиса с этим заболеванием, а также всех трех изучаемых инфекций одновременно также сопровождается более тяжелыми последствиями, по сравнению со случаями без гепатита.

Реакция организма на подобного типа инфекции носит, как правило, генерализованный характер, поэтому можно предположить, что наряду с гематоэнцефалическим барьером, происходит нарушение проницаемости и в других барьерных системах. Мочеполовая система играет важную роль в распространении различных инфекционных заболеваний, поэтому вполне вероятно нарушение барьерных функций в гематотестикулярной системе.

Как было показано в исследованиях на ликворе, у больных с сифилисом, гепатитом и туберкулезом повышается проницаемость сосудистой стенки для выхода белков. Мы определяли суммарные антитела класса IgM, IgA и IgG (у больных сифилисом и туберкулезом), а также IgM и IgG (у больных сифилисом и гепатитом) в сыворотке крови, эякуляте и секрете простаты. Выбор методики обусловлен тем, что в исследование были включены больные на разных стадиях заболевания. Как известно, первичная (активная) инфекция может быть идентифицирована определением уровня IgM антител в единичном образце или значимым ростом IgG и (или) IgA

---

антител в парных сыворотках, взятых в интервале 1-4-й недели. Реинфекция выявляется быстрым подъемом IgG и (или) IgA антител. Определение суммарных антител охватывает весь вероятный спектр больных, находящихся на разных стадиях заболевания.

Специфические антитела присутствуют в эякуляте и секрете простаты у больных с моноинфекцией сифилиса (МИС) в 60-75% случаев (в зависимости от типа сифилиса), а у больных со смешанной сифилитической инфекцией (СИС) в 72-100% случаев. При первичном сифилисе как у больных с МИС, так и с СИС антитела в эякуляте и соке простаты были обнаружены реже, чем у пациентов с хроническими формами этого заболевания. При первичном сифилисе увеличивается преимущественно содержание IgM антител, уровень которых существенно ниже, чем концентрация характерных для более поздних стадий IgG и IgA антител. В связи с этим, вероятность обнаружения антител класса IgM в различных секретах значительно меньше, чем в сыворотке крови, что и наблюдалось у этого контингента больных. Следует подчеркнуть, что у больных с СИС при первичном сифилисе, тем не менее, антитела в эякуляте и секрете простаты обнаруживаются в большем проценте случаев, чем у аналогичных больных с МИС. Нельзя исключить, что подобная реакция связана с увеличением проницаемости сосудов и выходом белка, в том числе и иммуноглобулинов, из кровотока. На это косвенно указывает тот факт, что у больных с хроническими формами сифилиса, сочетающимися с гепатитом и (или) туберкулезом, процент позитивных случаев был также выше по сравнению с моноинфекцией.

При проведении ИФА эякулята и секрета простаты использовалась методика ИФА для ликвородиагностики сифилиса (приказ № 87 МЗ РФ от 26.03.2001: «Методические рекомендации: Постановление отборочных и диагностических тестов на сифилис»). Использовали иммуноферментную тест-систему для выявления суммарных антител иммуноглобулина М и G к *Treponema pallidum* производства ЗАО «Вектор-Бест» (п. Кольцово, Новосибирская область). Эякулят (ЭТ) и секрет простаты (СП) получали путем мастурбации или массажа простаты после трех дней воздержания от эякуляции. Количество эякулята составило от 2 до 6 мл, количество секрета простаты от 1 до 3 мл. Перед исследованием эякулят и секрет простаты центрифугировали до 1500 об/мин и замораживали. Повторного замораживания не допускали.

При исследовании секрета простаты и эякулята приготовление рабочих растворов осуществляли в соответствии с инструкцией по применению тест-системы, за исключением разведения и приготовления рабочих растворов конъюгата.

В первой фазе так же, как и при ликвородиагностике, использовали разведение 1:2, а во второй фазе с рабочим раствором конъюгата концентрацию увеличили в 4 раза по сравнению с указанной в инструкции для сыворотки или плазмы крови. Определяли КП до и после лечения.

Было проведено сравнительное серологическое исследование сыворотки крови, надосадочной жидкости эякулята, секрета простаты у пациентов из групп МИС и СИС. Использовали метод ИФА для определения суммарного иммуноглобулина М и G, РМП.

Полученные данные свидетельствуют, что в целом в группе СИС количество совпадений серологических результатов в РМП и ИФА IgM и IgG в сыворотке крови и надосадочной жидкости эякулята и секрета простаты составляет 87%, в то время как в группе МИС совпадения имеют место быть в 63% случаев. Таким образом, у больных в группе СИС наблюдаем более частое изменение гематотестикулярного барьера, что ведет, вероятно, к более частому проникновению бледной трепонемы глубоко в ткани хозяина и, соответственно, более тяжелому течению инфекции даже при ранних стадиях сифилиса.

Результаты, полученные в этом эксперименте, коррелируют с данными серологического исследования спинномозговой жидкости у больных СИС.

В обоих случаях течение сифилиса в значительной степени утяжеляется присутствием вирусного гепатита В и С и туберкулезной инфекцией, что приводит к более тяжелой инфекционной патологии даже при ранних стадиях сифилиса.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аковбян В.А., Дмитриев Г.А. // Здоровоохранение, 2001. – С. 103-106.
2. Борисенко К.К. Поражение нервной системы и внутренних органов при раннем сифилисе. Кожные и венерические болезни / Руководство в двух томах. – М., 1999. – 547 с.
3. Внелегочный туберкулез / Рук. по ред. А.В. Васильева. – СПб., 2000. – 568 с.
4. Кулагин В.И., Селисий Г.Д., Богуш П.Г. и др. // Вестн. дерматол. и вен., 2003. – № 2. – С. 63-66.
5. Лосева О.К., Тактамышцева Э.Ш., Куприянова Л.В. и др. // Вестн. дерматол., 1997. – № 3. – С. 42-45.
6. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М., 1999.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ УРЕТРОГЕННЫМ ПРОСТАТИТОМ**

*В.А. Молочков, С.А. Суворов*  
*МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Хронический уретрогенный простатит (ХУП) – распространенное заболевание с затяжным рецидивирующим течением, трудно поддающееся лечению [5]. Часто являясь осложнением уретрогенных инфекций, передающихся половым путём, в первую очередь, хламидиоза, трихомониаза, гонореи, причиной нарушения половой функции и infertility, хронический простатит, тем самым,