

2. Применение иммуноглобулина человека нормального показано для лечения и профилактики развития осложнений беременности при герпес-вирусной инфекции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баринский И.Ф. Герпес-вирусные инфекции – иммунодефицитные заболевания XXI века // Аллергология и иммунология. 2004. Т.5, №1. С.202–203.
2. Кузьмин В.Н., Адамян Л.В. Вирусные инфекции и беременность. М.: Дипак, 2005. 175 с.
3. Кузьмин В.Н., Адамян Л.В., Музыкантова В.С. Плацентарная недостаточность при вирусных инфекциях: учебное пособие. М., 2005. 50 с.
4. Макарова О.В., Алешкина В.А., Савченко Т.Н. Инфекции в акушерстве и гинекологии. М.: МЕДпресс-информ, 2007.
5. Петров Р.В., Лопухин Ю.М., Чередеев А.М.

Оценка иммунного статуса человека: методические рекомендации. М., 1984. 20 с.

6. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.И.Кулакова [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

7. Серов В.Н., Кузьмин В.Н., Музыкантова В.С. Герпетическая инфекция в акушерстве и перинатологии: пособие для врачей. М., 1999. 28 с.

8. Влияние инфекционного агента на развитие декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности, приводящей к ухудшению репродуктивного здоровья / Томский М.И. [и др.] // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2008. Вып.30. С.58–60.

9. Фетоплацентарная система при герпесной инфекции / Луценко М.Т. [и др.]. Благовещенск, 2003. 200 с.

*Поступила 05.11.2009*

*Наталья Геннадьевна Тарабурова, зав. отделением,  
675000, г.Благовещенск, ул. Калинина, 22;  
Natalia G. Taraburova,  
22 Kalinin Str., Blagoveschensk, 675000,  
E-mail: cfpd@amur.ru*



УДК 616.972:616.21

**Е.В.Заварзина, В.П.Самсонов, Л.Н.Федотова**

#### СИФИЛИС ЛОР-ОРГАНОВ

*Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,  
Благовещенск*

#### РЕЗЮМЕ

**В статье представлены данные распространенности сифилиса в Амурской области за 2008 год, клинические и диагностические особенности заболеваемости сифилисом лор-органов, ошибки в диагностике данных заболеваний.**

*Ключевые слова: сифилис носа, миндалин, глотки, гортани, клинические особенности течения заболевания.*

#### SUMMARY

**E.V.Zavarzina, V.P.Samsonov, L.N.Fedotova**

#### ENT-SYPHILIS

**The data about syphilis spread in the Amur region in 2008 as well as clinical and diagnostic peculiarities of ENT-syphilis morbidity and mistakes in the diagnostics of these diseases are presented in this article.**

*Key words: nose syphilis, tonsil syphilis, throat syphilis, larynx syphilis, clinical peculiarities of a disease clinical course.*

Сифилис – это инфекционное заболевание, передающееся половым путем. Заражение им может также произойти через плаценту от матери к ребенку и бытовым путем (случается крайне редко). В настоящее время появилась тенденция роста скрытой формы сифилиса. Вопрос о заболеваемости сифилисом достаточно актуальный и в Амурской области. В 2008 году в области с впервые в жизни установленным диагнозом сифилис взято на учет 1365 человек, интенсивный показатель – 157,4 на 100 тыс. населения, это всего лишь на 0,2% меньше, чем в предыдущем году. Из взятых на учет в 2008 году с сифилисом: дети до 14 лет составили 18 человек (1,3%), 15-17 лет – 3,7%, 18-19 лет – 8,9%, 20-29 лет – 44%, 30-39 лет – 22,6%, 40 лет и старше – 19,3%. Показатель заболеваемости сифилисом сельских жителей – 131,1 на 100 тысяч сельского населения. Увеличение заболеваемости в сравнении с 2007 годом отмечено в среднем в 1,8 раза. В структуре сифилиса заразные формы составили – 50%. В 2008 году по области больные с ранними и поздними скрытыми формами сифилиса составили – 49,9%. Остается высоким уровень регистрации беременных женщин больных си-

филисом. Из них 33,3% в сроки более 28 недель беременности. В 2008 году зарегистрирован 1 ребенок с ранним врожденным сифилисом, 10 заразились бытовым путем от больных родителей, 7 детей заразились половым путем. Активно выявлено 62,2% больных сифилисом. Анонимно выявлено 7,6% больных. По социальному статусу – 57,6% не работающие лица.

Существуют три теории (гипотезы) возникновения сифилиса. Согласно одной точке зрения, сифилис был привезен в Европу моряками Х. Колумба после открытия ими Америки. Согласно второй теории, в государствах, расположенных на территории Европы, Азии, в районах Ближнего Востока, сифилис существовал с доисторических времен. В трудах великих ученых древности, таких, как Гиппократ, Гален, Цельс, Плутарх, Авиценна, имеются высказывания о болезнях, имеющих проявления (язвы, афты, кондиломы и др.), очень похожие на сифилитические. В 1961 г. Т. Cockburn и в 1963 г. Е. Hudson высказали точку зрения, согласно которой родиной сифилиса является Африка. По их теории, возбудители тропических трепонематозов и возбудитель венерического сифилиса являются различными вариантами распространенной когда-то идентичной трепонемы. Учитывая приведенные выше факты и рассуждения, можно сделать вывод, что сифилис имеет столь же древнюю историю, что и сам род людской. Из Африки он был разнесен по всему свету за счет естественных миграций, крестовых походов, вывоза рабов и развития торговли [13]. Уровень распространения сифилиса к концу XIX века был настолько высок, что, по некоторым данным, им были заражены 15% населения Европы. Неудивительно, что среди жертв болезни были и знаменитости. На последней стадии сифилиса, из-за поражения нервной системы, больные зачастую испытывают необычайный прилив творческих сил. Одним из известных сифилитиков своего времени был французский писатель Ги де Мопассан. Данная болезнь омрачила последние годы жизни живописца Поля Гогена и его друга Винсента ван Гога. Некоторые причисляют к сифилитикам и Бетховена – на это, по мнению сторонников этой непроверенной версии, указывают потеря слуха, а также легендарная раздражительность и резкие перепады настроения, которые часто бывают на последних стадиях сифилиса [12].

В 1530 г. выходит в свет сочинение о сифилисе профессора Падуанского университета, врача, астронома и поэта Джироламо Фракасторо – поэма «Сифилис», по сути, став первым популяризатором медицинских знаний об этом заболевании. Исследования, проведенные F. Ricord, который с 1831 по 1838 г. путем инокуляции отделяемого 2626 венерических больных заразил 700 человек сифилисом, позволили разработать ему периодизацию, стадийность течения сифилиса. Врач Lindeman в июле 1851 г. под контролем комиссии Парижской академии сделал себе разрез на левой руке и внес в него выделения, взятые из папул миндалин больного сифилисом. Через несколько недель появились признаки болезни, отказавшись от лечения, он хотел своей смертью обратить внимание ученых на столь тяжелую болезнь.

Таким же подвигом был поступок молодого врача Мезенова, который в 1906 г. привил себе сифилис для испытания профилактического действия каломельной мази, предложенной И.И. Мечниковым. A. Fournier описал более 1000 случаев внеполовой локализации твердого шанкра, а всего в его личном архиве имелись данные о 19000 больных сифилисом. A. Fournier столь полно и точно охарактеризовал все периоды сифилиса и различные его проявления, что ценность этих описаний сохранилась до настоящего времени; с некоторыми дополнениями они входят во все учебники и монографии. В 1875 г. В.М. Грацианский один из первых в мировой литературе описал изменения плаценты при сифилисе матери. Возбудитель сифилиса был выявлен лишь в 1905 г., когда протозоолог F. Schaudin и венеролог E. Hoffman открыли трепонему, названную ими бледной спирохетой. Тем самым вопрос об этиологии сифилиса был решен. A. Wasserman совместно с A. Neisser и C. Bruck предложили серологическую реакцию на сифилис. Реакция Вассермана и теперь играет важную роль в сифилитологии. После этого разработано большое количество других серологических реакций [4]. Возбудитель сифилиса – бледная трепонема (*Treponema pallidum*), которую можно обнаружить в отделяемом из твердых шанкров, эрозивных папул, лимфоузлах, в крови больных за несколько дней до появления свежих вторичных высыпаний, во всех экссудатах и трансудатах (кроме плевральной жидкости) у больных активным вторичным сифилисом, в спинномозговой жидкости, молоке кормящих матерей, в здоровой на вид коже, миндалинах и слизи кристелеровской пробки канала шейки матки больных скрытым сифилисом, в головном мозге у больных прогрессивным параличом и спинном мозге у больных табесом. Моча, слезы, пот, слюна бледных трепонем не содержат, но могут инфицироваться ими в выводящих путях [6]. Бледная трепонема имеет вид спирали. Размножается поперечным делением. Электронномикроскопическое изучение показало сложное строение бледной трепонемы (рис. 1). Она покрыта бесструктурным мукополисахаридным чехлом, имеет трехслойную наружную стенку, трехслойную цитоплазматическую мембрану, поверхностный фибриллярный пучок и глубокий слой фибрилл, блефаропласты, протоплазматический цилиндр с рядом включений, ядерную вакуоль, мезосомы [8].

При неблагоприятных условиях существования (действие субтерапевтических доз трепонемоцидных препаратов и др.) появляются L-формы бледных трепонем, обеспечивающие сохранение жизнедеятельности микроорганизма, устойчивые к противосифилитическому лечению. Они обладают незначительной патогенностью, не вызывают явных проявлений сифилиса, но могут поддерживать серологическую резистентность. В последующем, когда появляются благоприятные условия для их жизни, они реверсируют в обычные подвижные формы и вызывают рецидив болезни. Инфекция передается непосредственно от больного человека половым, внеполовым путем или внутриутробным заражением, через различные предметы (ложки, медицинские инструменты, папиросы, общая посуда, губная помада, духовые музы-

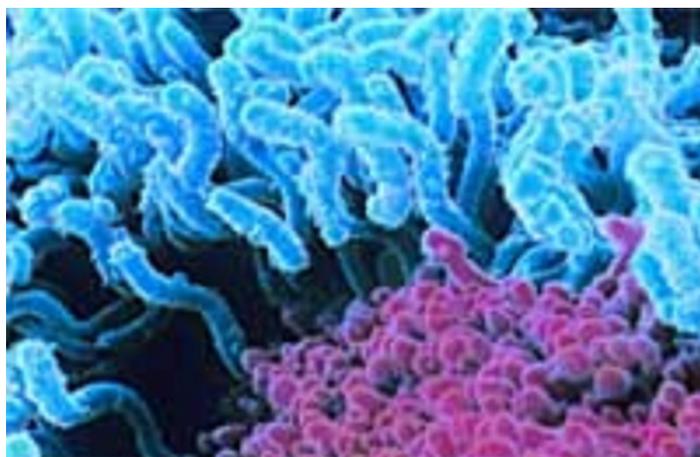


Рис. 1. Электронно-микроскопическое строение бледной трепонемы.

кальные инструменты и др.). Наиболее часто инфекция передается половым путем. Единственным резервуаром бледных трепонем в природе является больной человек. Для заражения человека сифилисом необходимо проникновение бледной трепонемы в кожу или слизистую оболочку с нарушенной целостью. Врожденный сифилис возникает в случае, когда инфекция попадает в организм плода через плаценту [13].

#### Клиника сифилиса

*Первичный период сифилиса.* Продолжительность инкубации в среднем равна 3-4 неделям. Однако в последнее время срок ее иногда укорачивается до 15 дней или удлиняется до 40, в редких случаях – до 60 дней и более, обычно в связи с лечением антибиотиками по другим поводам после заражения сифилисом. Первым симптомом сифилиса является первичная сифилома на месте внедрения бледной трепонемы, или твердый шанкр (*ulcus durum*). Первичный сифилис начинается эритемой, быстро превращающейся в папулу, которая эрозируется или изъязвляется. Максимального развития первичная сифилома достигает через 1-2 недели, а заживает через 4-6 недель, даже без лечения. Эрозивный шанкр округлый или овальный, с плоским дном, незаметно переходящим в края, со студным серозным прозрачным отделяемым. Дно блестящее, как бы лакированное, ярко-красного цвета, при сдавлении шанкра с боков принимает бледно-красный или бледно-желтый оттенок. У основания эрозии располагается четко отграниченный плотный инфильтрат либо поверхностный, либо более глубокий. Субъективные ощущения отсутствуют. Язвенный шанкр теперь наблюдается часто. Уплотнение основания его не выходит за края язвы, переходящие в дно незаметно, как в чайном блюдечке. Величина шанкра может быть различной (размером от чечевицы до 10-копеечной монеты); встречаются «карликовые» (размером с булавочную головку) и гигантские (размером с металлический рубль и больше) шанкры [7].

Твердый шанкр в носу наблюдается очень редко и локализуется главным образом у входа в нос, на крыльях носа, на кожной части, в передних отделах

слизистой оболочки и перегородке носа. Описаны случаи возникновения твердого шанкра в глубоких отделах полости носа и носоглотке в результате заноса инфекции плохо дезинфицированными инструментами, которые использовали при обследовании больного сифилисом [3]. Твердый шанкр может локализоваться на языке, миндалинах. Сформировавшийся твердый шанкр представляет собой блюдцеобразную безболезненную эрозию, реже язву, размером до двухкопеечной монеты, в основании которой пальпируется плотный инфильтрат. При локализации на миндалине твердый шанкр может проявляться в виде язвы, ангины или комбинации этих форм: язва на фоне ангины. Субъективные ощущения варьируют от легкой неловкости при глотании до сильной болезненности. При ангиноподобном шанкре наблюдается значительное одностороннее увеличение миндалины. Она медно-красного цвета, безболезненная, плотная. При комбинированной форме на такой миндалине располагается изъязвление. Возникновение твердого шанкра в гортани наблюдается редко и, очевидно, чаще связано с различными внутригортанными манипуляциями плохо дезинфицированными инструментами. Описана локализация твердого шанкра на наружной поверхности надгортанника, черпалонадгортанных складках и, реже, в области голосовой щели. Твердый шанкр гортани имеет вид резко отграниченной опухоли, вскоре изъязвляющейся, покрытой серо-грязным налетом. При дифференциальной диагностике, помимо изменений в гортани, следует принимать во внимание безболезненный плотный аденит под нижней челюстью и на шее. Окончательно подтверждают диагноз результаты серологического исследования [13].

*Ошибки, допускаемые терапевтами, оториноларингологами, стоматологами.* К терапевтам и оториноларингологам обычно обращаются больные при локализации шанкра в области миндалины, к стоматологам – в области верхней и нижней губ, десен. Своевременно правильный диагноз устанавливается редко. При расположении шанкра в области миндалины ошибочно диагностируют ангину. Больным назначают длительное (без эффекта) лечение, направляют их на повторные консультации от терапевта к

оториноларингологу и наоборот. При этом упускаются из виду особенности клинических проявлений этой своеобразной «ангины»: одностороннее поражение, отсутствие температуры, длительное течение, увеличение, уплотнение миндалины, эрозия или язва, регионарный аденит. Большие трудности в диагностике возникают при развитии атипичной разновидности шанкра миндалины по типу амигдалита, характеризующегося уплотнением, увеличением миндалины с явлениями острого воспаления, отсутствием на ее поверхности эрозии или язвы, выраженной болезненностью, повышением температуры. Однако одностороннее поражение, увеличение подчелюстных, шейных, иногда заушных лимфатических узлов, длительное течение позволяют заподозрить сифилис, который подтверждается результатами лабораторного исследования [10].

Больной В., 38 лет, в течение 3 недель в феврале 1981 г. лечился антибиотиками у оториноларинголога районной поликлиники по поводу ангины. 23.03.81г. был госпитализирован в наркологическое отделение психиатрической больницы по поводу алкоголизма. При обследовании выявлены положительные серологические реакции крови. Вызванный на консультацию дерматовенеролог обнаружил плотностластической консистенции увеличенные до размеров сливы подчелюстные лимфатические узлы. Больной сообщил, что имел орогенитальную связь с малознакомым мужчиной. С диагнозом раннего скрытого сифилиса был переведен в кожно-венерологический диспансер.

Больной Н., 57 лет, 18.10.1983 г. обратился к оториноларингологу районной поликлиники с жалобой на боль в горле. Диагностирована ангина, назначено лечение – полоскания, антибиотикотерапия. В первых числах декабря по поводу боли в правом ухе, увеличения подчелюстных, шейных лимфатических узлов повторно обратился к оториноларингологу, который вновь рекомендовал прием антибиотиков. В связи с высыпаниями на коже туловища 07.02.1984 г. осмотрен дерматовенерологом и госпитализирован с диагнозом вторичного свежего сифилиса (шанкр правой миндалины, розеолезная сыпь на туловище, регионарный аденит). Характер допускаемых оториноларингологами ошибок однотипен. Они упускают из виду, что ангина, в отличие от сифилитического поражения миндалин, является острым заболеванием. Для нее характерны местные острые воспалительные изменения, сопровождающиеся отеком, разлитой гиперемией зева, болезненностью при глотании и общими симптомами: повышением температуры, недомоганием [13].

При ангине процесс, как правило, разрешается в течение нескольких дней, обычно не более 7-10 дней. Для сифилитической папулезной ангины характерно отсутствие островоспалительных локальных изменений слизистой оболочки, длительное (несколько недель) течение процесса. Важное значение имеет наличие других сифилидов на коже и слизистых оболочках, положительные результаты серологических исследований крови, обнаружение в отделяемом папул бледной трепонемы. Наблюдаются случаи, когда сифилиды слизистой оболочки полости рта ошибоч-

но диагностируются как кандидоз. Ошибки, допускаемые врачами различных специальностей в диагностике первичного сифилиса, свидетельствуют о необходимости систематического повышения их квалификации в вопросах особенностей современной клиники сифилиса и его диагностики. Необходимо выработать у них сифилидологическую настороженность, настоятельно рекомендовать широкое использование серологических методов исследования крови, консультации совместно с дерматовенерологами. Диагноз первичного сифилиса нередко устанавливается лишь после повторного клинико-лабораторного обследования больного. Во всех сомнительных случаях пациенты должны находиться под наблюдением врачей в течение 6 мес. [10].

*Вторичный период сифилиса.* Вторичный период сифилиса наступает в среднем через 6-7 недель после появления твердого шанкра, 3-4 недели после позитивации серологических реакций или через 9-10 недель после инфицирования и проявляется высыпаниями на коже, слизистых оболочках, иногда поражением надкостницы, внутренних органов и нервной системы. Различают вторичный свежий сифилис, латентный, или скрытый - видимые проявления болезни отсутствуют; рецидивный – при возврате клинических проявлений. Чем больше времени прошло с момента заражения, тем продолжительнее латентные промежутки, а высыпаний при рецидивах меньше. В фазе вторичного латентного сифилиса какие-либо активные проявления отсутствуют, отмечаются только полисклераденит и приблизительно у 95% больных – положительные серологические реакции. Типы сифилидов вторичного периода разнообразны:

I. Розеола сифилитическая вторичная бледно-красного цвета разных оттенков, хорошо отграниченная, круглая или овальная, без шелушения и субъективных ощущений.

II. Папулезные сифилиды – наиболее частые и разнообразные высыпания особенно при рецидивах. Они не вызывают субъективных ощущений, хорошо отграничены, плотные, округлые или овальные, буровато-красные, возвышающиеся и чаще плоские. Вначале гладкая их поверхность начинает шелушиться с центра, образуя по периферии бордюр (воротничок Биетта). Без лечения элементы разных стадий развития держатся в течение 2-3 мес. Исчезая оставляют после себя временную пигментацию.

III. Пустулезные сифилиды – папулы с распадом инфильтрата без образования настоящих гнойничков. Они являются симптомом тяжелого течения болезни, нередко сопровождаются лихорадкой, серологические реакции при них могут давать отрицательные результаты [13].

Поражение слизистых оболочек полости рта, глотки, гортани, трахеи и бронхов чаще возникает одновременно с кожными высыпаниями или изолированно. Вторичные сифилиды носа, глотки и гортани не сопровождаются субъективными ощущениями, поэтому могут остаться незамеченными и большой продолжительное время является источником заражения [10]. Почти у половины больных вторичным сифилисом в полости рта наблюдаются розеолезные или, чаще, папулезные элементы. Розеола обычно

появляются на слизистой оболочке небных дужек, мягком небе и миндалинах. Особенностью розеолезных высыпаний на слизистой оболочке полости рта является то, что они сливаются, вследствие чего возникает так называемая эритематозная ангина. Пораженная область приобретает застойно-красный, точнее медно-красный, цвет и имеет резкие очертания. Проявлением вторичного сифилиса глотки, особенно при рецидивах, являются папулезные высыпания во рту, глотке и гортани. Они могут возникать в любом участке слизистой оболочки этих областей, но наиболее частая локализация папул миндалины, дужки, мягкое небо, где папулы нередко сливаются в сплошные очаги, папулезная ангина, а также язык, щеки и губы (рис. 2-5).

Пораженная слизистая оболочка безболезненна, покрыта, серовато-белым налетом, при соскаблива-

нии шпателем налета, покрывающего папулу, возникает эрозия цвета сырого мяса. В результате присоединения вторичной инфекции папулы изъязвляются, возникает выраженная болезненность при глотании, расширяется зона гиперемии вокруг папулы. Папулы, расположенные на слизистой оболочке гортани, вызывают осиплость, проходящую со временем, около отверстия евстахиевой трубы – шум в ушах и ослабление слуха. В гортани встречаются вторичные и третичные проявления сифилиса. Формы сифилиса, которые чаще приходится видеть в гортани, следующие: эритема, папула (II стадия), изолированная гумма, диффузный гуммозный инфильтрат, хондроперихондрит (III стадия) [11].

При сифилитической эритеме возникает ограниченная инфильтрация и застойная гиперемия в толще слизистой оболочки. Внешне эритема характеризует-



Рис. 2. Твердый шанкр миндалин (специфический амагдалит).



Рис.3. Шанкр твердого неба.



Рис.4. Эрозивные папулы на задней стенке глотки.

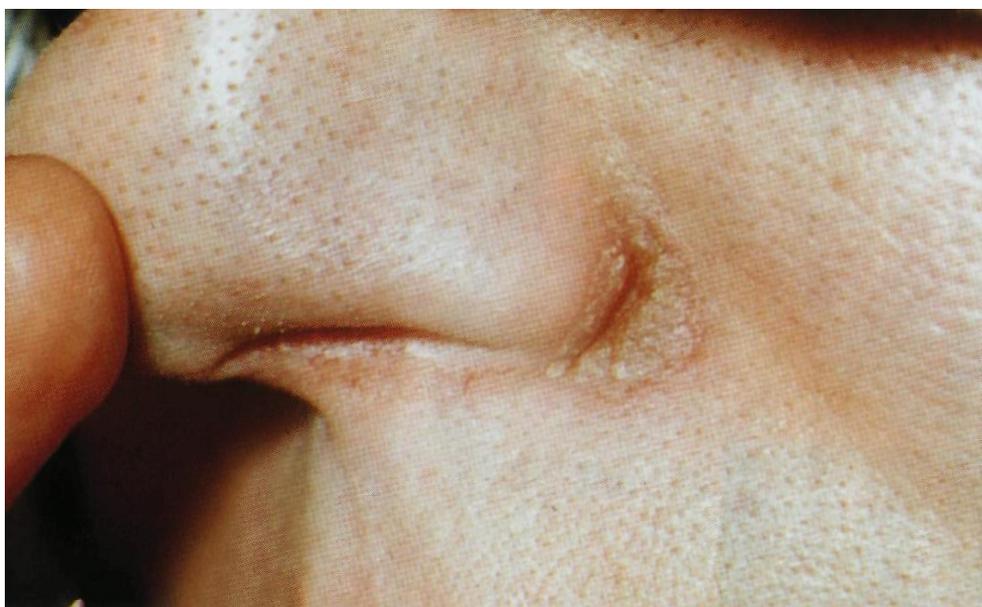


Рис.5. Гипертрофические папулы в области носогубной складки.

ся появлением пятнистой сыпи (розеол) на истинных голосовых связках. Эти пятна резко очерчены, цвет их красный с синеватым оттенком. В других случаях эритема имеет характер интенсивной разлитой красноты, захватывающей не только голосовые связки, но и надгортанник и черпаловидные хрящи. Голосовые связки при эритеме бывают не только красными, но и шероховатыми, очень похожими на язык кошки. Иногда эту форму вторичного сифилиса называют сифилитическим катаром, однако правильнее сохранить за ней термин «сифилитическая эритема», так как здесь нет свойственного катару увеличения отделяемого слизистых желез. Субъективные расстройства у больных или отсутствуют вовсе, или бывают выражены очень слабо. При локализации розеолы на голосовых связках голос становится охриплым или грубым. Отличить сифилитическую эритему от не-

специфического катара трудно. Картина их настолько сходна, что правильнее говорить о катаре у сифилитиков, чем о сифилитическом катаре. Для дифференциального диагноза имеет значение продолжительность и упорство болезни. Очень важно одновременное проявление сифилиса на коже, возникновение папул на слизистой оболочке полости рта и глотки. Важно также, что эритема не поддается никакому лечению, кроме специфического [11].

Папулы встречаются в гортани значительно чаще. Они имеют вид серовато-белых крупных овальных или продолговатых возвышений или полосок окруженных ободком гиперемии. На истинных голосовых связках папулы располагаются иногда по краю их в виде двух симметричных маленьких припуханий, без резких границ, переходящих на верхнюю поверхность слегка покрасневших связок. В этом случае па-

пулы очень напоминают узелки певцов. Помимо истинных голосовых связок папулы появляются также на ложных связках, на язычно-надгортанных складках, на надгортаннике. Под влиянием слизи папулы мацерируются и довольно быстро изъязвляются. Цвет их принимает опаловый оттенок. Папулы могут сливаться, и тогда образуются так называемые широкие кондиломы, возвышающиеся над поверхностью слизистой оболочки. После отторжения эпителия на кондиломах образуется следующая характерная картина: внутри язва, ее окружает серое кольцо из сохранившегося утолщенного слоя эпителия, за которым следует ободок красного цвета – участок воспаления вокруг первоначальной кондиломы. На месте дефекта на папуле могут образовываться сосочковые разрастания розового цвета. Иногда они достигают значительной величины. Эти разрастания можно спутать с новообразованием – папилломой. Вторичные сифилиды содержат большое количество спирохет и очень заразны. Появление папул в гортани большей частью совпадает с появлением их в полости рта и глотки или на коже, что позволяет поставить правильный диагноз. Диагноз подтверждается положительной реакцией Вассермана, наличием увеличенных, плотных, безболезненных регионарных лимфатических узлов. Под влиянием лечения вегетирующие папулы быстро исчезают.

Изолированная гумма имеет вид ограниченного инфильтрата или припухания медно-красного цвета. Величина гуммы бывает различной – от горошины до ореха. Образуются гуммы чаще всего на надгортаннике или на черпало-надгортанных складках. Они появляются также и в других местах на истинных и ложных связках, на задней стенке гортани. Гумма довольно скоро начинает распадаться. Присоединение вторичной инфекции сопровождается появлением воспалительного отека, который может обусловить затруднение дыхания. При распаде гуммы образуется кратерообразная язва, с резко очерченными краями, плотная, с набухшей тканью и сальным дном. Диффузный гуммозный-инфильтрат бывает поверхностным или, наоборот, захватывающим мышцы и надхрящницу. Этот инфильтрат в виде красновато-желтых утолщений, иногда окруженный по периферии воспалительным венчиком, занимает то надгортанник, то черпало-надгортанные складки, то ложные связки или подсвязочное пространство [11]. Ларингоскопически определяется резко утолщенный, тугоподвижный надгортанник, нависающий над входом в гортань в виде чалмы. Цвет его насыщенно красный, видны типичные язвы. Припухлость в подсвязочном пространстве обычно бывает симметричной и очень напоминает картину подсвязочного ларингита. Цвет инфильтрата красноватый, край его, вследствие изъязвления, представляется неровным. Если сифилитический инфильтрат локализуется на задней стенке гортани или захватывает и черпаловидный хрящ, развивается неподвижность

перстне-черпаловидного сустава. Жалобы больного определяются локализацией гуммы. При поражении надгортанника ощущается присутствие чего-то постороннего, чувство неловкости в горле, небольшая болезненность при глотании; при расположении гуммы на истинных голосовых связках может быть хрипота. Если инфильтрат большой, он вызывает стеноз гортани. Стеноз может увеличиваться за счет отека вокруг гуммозной язвы. Боли при сифилитических инфильтратах незначительные [13]. При постановке диагноза следует учитывать пол и возраст больных. Гуммозным сифилисом страдают преимущественно мужчины в возрасте от 30 до 50 лет. В анамнезе имеется указание на сифилис. Положительная реакция Вассермана часто подтверждает диагноз. В трудных для диагноза случаях применяется пробное антисифилитическое лечение.

Если сифилитические язвы достигают надхрящницы, возможно инфицирование ее гноеродными микробами и возникновение вторичного перихондрита. Перихондритом могут быть поражены все хрящи гортани, но чаще всего страдает надгортанник. Глотание может совершаться беспрепятственно даже тогда, когда почти весь надгортанник разрушен. Черпаловидные хрящи при воспалении припухают и отекают, а голосовые связки фиксируются по средней линии. При поражении перстневидного хряща припухлость обнаруживается ниже голосовых связок, и больные жалуются на боли при глотании. Если возникает перихондрит щитовидного хряща, то утолщаются обе ложные голосовые связки, инфильтрация хряща определяется и при наружной пальпации. Помимо болей при глотании, которые в общем небольшие, при перихондрите гортани нарастает стеноз ее, требующий иногда трахеотомии. Некоторые авторы признают существование и первичного перихондрита гортани при сифилисе [9]. При нем доминирует склонность к пролиферации, секвестрация хряща бывает редко, боли почти совершенно отсутствуют. Сифилитический перихондрит уступает специфическому лечению. Под влиянием специфического лечения инфильтраты, язвы и перихондрит могут исчезнуть бесследно. Если же лечение предпринято несвоевременно или было неполноценным, то в гортани образуются рубцы. Эти рубцы могут обусловить сужение просвета гортани. Их можно видеть чаще всего ниже голосовых связок. Они имеют форму кольцевидных, довольно толстых перепонок. Такие перепонки бывают иногда и между голосовыми связками. Последствия перенесенного перихондрита обнаруживаются в виде дефекта надгортанника, анкилоза перстне-черпаловидных суставов, грубых лучистых белесоватых рубцов, стягивающих вход в гортань как бы кисетом, иногда бывает трудно различить в ней отдельные анатомические образования. Такие больные являются хроническими канюлярами. Деканюляция их требует специальных хирургических

приемов после проведения антисифилитического лечения. Большое значение следует придавать состоянию лимфатических узлов и серологическим реакциям. В серонегативном периоде сифилиса пункция лимфатического узла имеет решающее значение для диагноза [5]. Разлитая гиперемия гортани при отсутствии воспалительных явлений со стороны носа и глотки и резистентность к обычной терапии должны будить подозрение на сифилис. Чтобы не пропустить этого заболевания, нужно взять за правило во всех случаях, когда ларингоскопическая картина не укладывается в хорошо знакомую, исключать сифилис.

Бугорковый сифилид поражает обычно одновременно нёбо и нёбную занавеску; между группами бугорков насыщенно красного цвета сохраняются участки здоровой ткани. Гуммозные поражения выражаются либо разлитой инфильтрацией, либо изолированной гуммой, выступающей в виде плотного узла, при распаде которого образуется перфорация, которая обуславливает невнятную и гнусавую речь, проникновение жидкой пищи в полость носа. На твердом нёбе перфорация происходит после некроза кости. При гуммозно-язвенном поражении задней стенки глотки зева и края нёбной занавески рубцевание может вызвать атрезию зева, полное или частичное сращение нёбной занавески с задней стороной глотки, следовательно разделение полостей рта и носа [13].

Вторичные проявления сифилиса (папулы и др.) могут наблюдаться на коже ушной раковины и слухового прохода наравне с поражением других участков кожи. Следует обратить внимание на возможность инфицирования носоглоточного отверстия евстахиевой трубы через ушной катетер, поэтому предпочтительно пользоваться металлическими катетерами, которые перед употреблением следует стерилизовать путем кипячения [11]. Наибольшее значение при люэсе имеют поражения внутреннего уха. Различают врожденные и приобретенные формы: при врожденной форме поражение нервного аппарата уха проявляется как один из поздних признаков и обнаруживается обычно к 10-20 годам. В триаде Гетчинсона (особая форма зубов, паренхиматозный кератит и неврит кохlearной ветви) поражение слуха занимает по частоте первое место [3]. Иногда наблюдается фистульный симптом. При отсутствии гнойного отита этот симптом обусловлен врожденным костным дефектом в лабиринтной капсуле (дегисценция). Поражение слуха обычно бывает двусторонним и достигает сильных степеней – вплоть до полной глухоты. При приобретенном люэсе поражение внутреннего уха имеет место чаще во вторичном периоде; наблюдаются остро протекающие формы, когда в течение 2 недель вначале легкие признаки перцептивной тугоухости прогрессируют до тяжелейших форм вплоть до полной глухоты включительно. Часто при этом наблюдаются некоторые признаки поражения также и вестибулярной функ-

ции. Иногда болезнь начинается приступом головокружения, сопровождающегося нистагмом, шумом в ушах и глухотой. При хронической форме больные жалуются на шумы в ушах и медленное нарастание тугоухости. Прогноз при этой форме в отношении слуха более благоприятен. Характерным признаком для всех этих поражений является преобладание воздушной проводимости над костной [8]. Большим подспорьем в диагностике служат серологические реакции и другие проявления сифилиса, а также эффективность пробного лечения. Всегда следует иметь в виду, что специфическое лечение при расстройствах функций внутреннего уха тем эффективнее, чем оно раньше начато [2].

Вторичный сифилис носа развивается в первые месяцы после образования первичного аффекта и совпадает с появлением высыпаний на коже и слизистых оболочках. На коже наружного носа и слизистой оболочке полости носа обнаруживают различные высыпания (вторичные сифилиды), наиболее часто розеолезные, папулезные, реже пустулезные (пустулезный сифилид). Розеола проявляется катаральными изменениями, краснотой и припухлостью слизистой оболочки полости носа и сопровождаются серозно-кровоянистыми или слизистыми выделениями. При сифилитическом поражении полости носа больные нередко жалуются на неприятный запах из носа, который мало заметен для окружающих и относится к разряду субъективной какосмии. Упорный насморк - частый признак врожденного сифилиса. Он проявляется на 2-3-й неделе после рождения ребенка, сопровождается выраженным затруднением носового дыхания, обильными выделениями из носа, которые вначале имеют серозный характер, затем становятся слизисто-гнойными, зеленоватыми и зловонными. В преддверии носа образуются глубокие кровоточащие трещины. Слизистая оболочка носа утолщена, инфильтрирована. Инфильтрация может осложняться некрозами хрящей и костей носа. Твердый шанкр наблюдается очень редко. Он может локализоваться у входа в нос, на его крыльях и на кожной части носовой перегородки. Распространяясь по костной стенке наружного носа, гумма вызывает его деформацию в виде западения в костной части (лорнетообразный, седловидный нос) до полной его потери. При поражении гуммозным процессом дна носа, т. е. твердого нёба, образуется дефект, сообщающий полость рта с полостью носа. Заболевание протекает безболезненно и медленно. В полости носа обнаруживаются костные секвестры и атрофия слизистой со скоплением обильного количества зловонных корок засохшей слизи. Эти морфологические изменения вызывают появление мучительных в физическом и психическом смысле симптомов: гнусавую речь, попадание пищи в нос, деформацию наружного носа, зловоние, которое мешает общению больного с окружающими людьми. При возникновении сифилитического процесса в области носа наступает реакция со стороны заты-

лочных и подчелюстных лимфатических узлов. Они становятся припухшими, но безболезненны на ощупь [13]. Вполне понятно, что у такого больного следует произвести серологическое исследование. Помогает диагностике проведение специфического лечения. Нередко природа заболевания выясняется при простой риноскопии: вся полость носа представляется заполненной зловонными корками, по удалении которых на носовой перегородке или дне носа обнаруживается глубокая язва с салным дном, с подрытыми краями и обнаженной костью. Все же следует заметить, что в начале этого заболевания, когда еще не успели развиться достоверные признаки сифилитической природы процесса, гумма может напоминать туберкулезный инфильтрат или неоплазму. В таких случаях диагноз уточняется посредством микроскопического исследования пробного кусочка инфильтрата [13].

*Третичный период сифилиса.* Если больной сифилисом не лечится или плохо лечится и понижается реактивность его организма (после сопутствующей инфекционной болезни, при хронической интоксикации алкоголем и др.), то через 3-4 года после заражения, а иногда и значительно позже (через 5-10 лет и более) у него может наступить третичный период сифилиса (в последнее время он отмечается редко). Поражения в этот период выражаются дермальными бугорками, либо гиподермальными узлами, они деструктивны и завершаются либо рубцами, либо рубцовой атрофией. Поражения при третичном периоде опасны только для самого больного. Серологические реакции положительны при активных формах у 60-70% больных, при скрытых – у 50%. Различают активный (манифестный), и скрытый третичный сифилис. Бугорковые сифилиды: элементы, развивающиеся в толще дермы; округлые бугорки размером от чечевицы до горошины, несколько выступающие над уровнем кожи, плотные, безболезненные, красносинюшного или буровато-красного цвета. При диаскопии остается пигментное пятно. Они всегда наблюдаются в разных стадиях развития. Гуммозные сифилиды: узлы размером от горошины до лесного ореха, иногда больше, развиваются в гиподерме, они округлы, безболезненны, сначала плотные, потом размягчаются, спаиваются с кожей, которая краснеет, затем становится красно-фиолетовой, напряженной, постепенно истончается и прорывается. Из только что вскрывшейся гуммы, через узкий вначале свищ, выделяется немного тягучей, прозрачной жидкости, напоминающей гуммиарабик (отсюда название – гумма). Иногда они сливаются и образуют диффузные гуммозные инфильтраты. Наиболее частое место локализации гумм – голени, голова, перегородка носа, небо, задняя стенка глотки, голосовые складки и др. Часто поражаются кости голени, черепа, грудины, ключиц, носа, надкостница, развиваются остеопероститы, остеофиты, сопровождающиеся характерными боля-

ми ночью. При скрытом третичном сифилисе и отсутствии активных проявлений у больного всегда можно обнаружить следы бывшей манифестной стадии в виде различных рубцов, перфорации неба, носовой перегородки, деформации наружного носа и других необратимых изменений бывшего активного третичного сифилиса [11]. Сифилитическое поражение уха традиционно связывают с поздними стадиями заболевания, прежде всего с сифилисом нервной системы. Оно характеризуется глухотой, чаще односторонней, выраженным шумом в ухе или ушах и вестибулярными расстройствами, которые обусловлены, как правило, двусторонним поражением лабиринта и по клинико-функциональной характеристике имеют определенное сходство с поражением внутреннего уха при болезни Меньера и серозном лабиринтите [8].

### Диагностика сифилиса

Диагноз сифилиса должен основываться на сопоставлении и надлежащей оценке суммы клинических и лабораторных характеристик. Данные серологического исследования крови больного в первичном периоде заболевания сифилисом не так важны для диагностики, но для установления длительности срока лечения и наблюдения они имеют исключительное значение. В первые 15-17 дней после появления твердого шанкра комплекс серологических реакций обычно отрицательный. В дальнейшем он переходит в положительный, причем процент положительных результатов возрастает с увеличением срока, прошедшего с начала появления шанкра до момента повторного исследования крови. Первые пять-шесть недель заболевания реакции положительны в 0,25%, на 7-8 неделе – 75-80 %, на 9-10 неделе – в 100% случаев. При вторичном свежем сифилисе классические серологические реакции положительны почти в 100% случаев. Большое значение серологические исследования имеют тогда, когда обнаружение бледных трепонем затруднено или невозможно, например, при распознавании некоторых нетипичных высыпаний на коже и слизистых оболочках. Повторно положительные серореакции до некоторой степени подтверждают сифилитическое происхождение этих высыпаний, а отрицательные, также повторно взятые, исключают сифилис. При вторичном рецидивном сифилисе серореакция положительная в 98-100% случаев. При третичном активном сифилисе комплекс серореакций положителен у 70-75% больных. В этой стадии сифилиса с помощью серологических исследований проявления сифилиса следует дифференцировать от опухолей и некоторых проявлений туберкулеза (волчанка, скрофулодерма). Наибольшее значение серологические исследования крови приобретают при скрытом сифилисе, так как какие-либо наружные проявления сифилиса в это время отсутствуют. В последние годы во всех странах (в том числе и в Амурской облас-

ти) наблюдается рост заболеваемости скрытым сифилисом. Скрытый сифилис представляет двойную опасность: во-первых, для окружающих, так как такой больной может служить источником заражения; во-вторых, для самих больных, у которых поздние сроки могут возникнуть тяжелые осложнения. В скрытом периоде сифилиса серореакции бывают положительными в 40-96% случаев в зависимости от длительности заболевания, интенсивности предшествующей терапии. Диагностическое значение при этой форме сифилиса имеют только положительные результаты реакции, отрицательные же роли не играют. Слабоположительные результаты реакций у больных без клинических проявлений и без сифилиса в анамнезе надо оценивать с осторожностью, так как такие реакции могут иметь неспецифический характер (малярия, туберкулез, лейкомиелитические заболевания, опухоли в стадии распада, желтуха, диабет, хр. эндокардит, подагра и т.д.). У больных ранним скрытым сифилисом стандартные серологические реакции обычно бывают резко положительными с обоими антигенами и титр их чаще высокий – 1:120, 1:160, 1:240, 1:320. У больных поздним скрытым сифилисом также серологические реакции резко положительные, но титр их более низкий – 1:5, 1:10, 1:20. В процессе специфического лечения у больных ранним сифилисом наблюдается тенденция к более быстрой негативации стандартных серологических реакций (после 1-2 курсов), чем у больных поздним скрытым сифилисом (после 3-5 курсов), а нередко остаются положительными, несмотря на полноценное противосифилитическое лечение, то есть сохраняется резистентность. Диагноз скрытого сифилиса может быть поставлен лишь после получения двукратного резко положительного результата [1, 2, 5].

*Лечение.* Терапия должна быть комплексной – этиологической и патогенетической в широком понимании, сочетаться с лечением сопутствующих заболеваний, применением методов, способствующих повышению сопротивляемости организма к инфекции, активизации иммунологических защитных механизмов. Запрещаются употребление алкоголя и курение. Целесообразно сочетать антисифилитическую терапию с приемом поливитаминов и, по показаниям, липотропных средств. Лечение проводится врачами-дерматовенерологами или сифилидологами в специализированных лечебных учреждениях. Кроме того, в некоторых случаях прибегают и к хирургическому вмешательству, на-

пример: к секвестротомии, удалению полиповидных наростов, а в последующем – к пластическим операциям наружного носа, которые производятся после полного излечения сифилиса.

Таким образом, учитывая рост скрытых форм сифилиса и ошибки, допускаемые врачами различных специальностей в диагностике заболевания, необходимо систематическое повышение их квалификации в вопросах особенностей современной клиники и диагностики сифилиса, а также выработать у них сифилидологическую настороженность, настоятельно рекомендовать широкое использование серологических методов исследования крови, консультации совместно с дерматовенерологами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Биргер М.О. Микробиологические и вирусологические методы исследования. М.: Медицина, 1992. 246 с.
2. Васильев Т.В. Значение серологических реакций в клинике. М.: Медицина, 1987. 158 с.
3. Козорез Е.С. Лор-заболевания (конспекты лекций для медицинских вузов): уч. пособие. М.: ВЛАДОСПРЕСС, 2005. 233 с.
4. Милич М.В. Эволюция сифилиса. М.: Медицина, 1987. 167 с.
5. Овчинников Н.М., Беднова В.Н. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем. М.: Медицина, 1987. 248 с.
6. Овчинников Н.М. Сифилис. М.: Медицина, 1987. 286 с.
7. Павлов С.Т. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина, 1989. 366 с.
8. Родионов А.Н. Сифилис. 2-е изд. СПб.: Питер, 2000. 268 с.
9. Болезни уха, горла и носа. Руководство для врачей. 2-е изд. / Ундриц В.Ф. [и др.] / под ред. Д.А.Пигулевского. М.: Медицина, 1969. 562 с.
10. Фришман М.П. Ошибки в диагностике сифилиса. Киев: Здоров'я, 1983. 165 с.
11. Сифилис лор-органов. URL: <http://stomfak.ru/hirurgicheskaya-stomatologi/sifilis-lor-orgnov.html?Itemid=55> (дата обращения 16.07.2009).
12. Знаменитые сифилитики. URL: <http://base.whuyougle.ru/texts/famous.syphilitic> (дата обращения 16.07.2009).
13. Специфические заболевания лор-органов: сифилис верхних дыхательных путей и уха. URL: <http://www.medichelp.ru/posts/view/6464> (дата обращения 13.10.2009).

*Поступила 20.10.2009*

*Елена Владимировна Заварзина, научный сотрудник,  
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22;  
Elena V. Zavarzina,  
22 Kalinin Str., Blagoveschensk, 675000;  
E-mail: cfpd@amur.ru*