ЭКСТРАГИНЕТАЛЬНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА ПРИ СИФИЛИСЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

■ Л.И Глебова ■ Г.Н. Стоянова ■ А.Н. Кулешов ■ Е.П. Левощенко ■ К.В. Комусиди
Московский Государственный медико-стоматологический университет им. Евдокимова, ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко»

Важным звеном в мероприятиях по выявлению больных сифилисом являются его своевременное распознавание и ранняя диагностика заразных форм.

Общение с врачами разных специальностей (циклы усовершенствования, консультации больных) позволяет убедиться в том, что некоторые из них допускают диагностические ошибки в силу малой осведомленности о клинических проявлениях сифилиса, а также потому, что часто «забывают» о его существовании [1]. Основные причины диагностических ошибок в распознавании сифилиса:
1. Плохая осведомленность о симптоматике заболевания.
2. Недостаточное владение методом дифференциальной диагностики.
3. Невнимательный осмотр больного и недооценка данных анамнеза.
4. Недостаточное использование методов лабораторной диагностики.
5. Небольшая осведомленность в области лабораторной диагностики сифилиса.
6. Редкое обращение к помощи врачей-консультантов [2].

Начало первичного периода сифилиса характеризуется формированием первичного аффекта (первичная сифилома, или твердый шанкр). Твердый шанкр является первой манифестацией сифилиса и может локализоваться в любом месте красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. Чаще всего этими местами являются губы, язык, миндалины [1].

Развитие твердого шанкра в полости рта начинается с появления небольшой ограниченной красноты на слизистой оболочке, в дальнейшем – это круглая или овальная безболезненная эрозия, реже язва, размером от горошины до двухкопеечной монеты, в основании которой пальпируется плотноэластический инфильтрат. Если присоединяется вторичная инфекция, то эрозия может углубляться, образуя довольно глубокую язву с грязно-серым некротическим налетом. Такая классическая картина во рту наблюдается далеко не всегда.

Большой практический интерес для стоматологов, а также для врачей других специальностей представляют твердые шанкры экстрагенитальной локализации, частота которых в последние годы неуклонно возрастает. Локализация первичной сифиломы вне половых органов значительно затрудняет своевременную диагностику, что влечет за собой диагностические ошибки, позднее начало лечения и эпидемическую опасность. По данным разных авторов, частота экстрагенитальных шанкров (на слизистой полости рта) колеблется от 2 до 10% и более, причем наиболее часто они локализуются в области рта и заднего прохода, чаще у лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией.

Диагностические ошибки при экстрагенитальных шанкрах объясняются не только их необычной локализацией, но и особенностями клинической картины. Шанкр верхней губы представляется в виде язвы или эрозии, дно которой покрыто возвышающейся буровато-серой массивной коркой. Шанкры губ нередко имитируют импетигинозную, травматическую или герпетическую эрозию, а при выраженном инфильтрате – эпителиому [2]. Подчелюстные узлы обычно резко увеличены, болезненны.

В последние годы значительно участились случаи шанкров слизистой полости рта, анальной и перианальной области, в основном в результате гомосексуальных половых связей. У гомосексуальных пар или при беспорядочных половых связях весьма часто выявляется сочетание двух заболеваний – сифилиса и ВИЧ-инфекции. Причем о том, что больной имеет, кроме сифилиса, еще и ВИЧ-положительную кровь, он часто узнает уже при обследовании в венерологическом отделении больницы.

Бывают случаи, когда гомосексуалисты заболевают сифилисом по 2–3 раза, плохо лечатся, не выполняют указаний врача после выписки из стационара и прекрасно знают о том, что у них ВИЧ-положительная кровь уже в течение 5–7 лет. Обычно эти лица стоят на учете в центре по борьбе со СПИДом, где за ними наблюдают до наступления периода с проявлениями заболевания (собственно СПИДа). Понимание естественной истории ВИЧ-инфекции имеет существенное значение не только для прогнозирования дальнейшего хода болезни, но также и для разработки и оценки мер, направленных на предупреждение ВИЧ-инфекции и СПИДа и лечение больных [3].

Период между заражением ВИЧ и появлением симптомов СПИДа составляет от 6 мес до 7 лет и более. Этот продолжительный период бессимптомной инфекции, во время которого инфицированный человек может заразить других, затрудняет борьбу с распространением вируса [4]. Первоначально предполагалось, что только у небольшой части (5–10%) зараженных людей рано или поздно разовьется СПИД. Однако имеется все больше данных, что в течение 5–10 лет после инфицирования СПИД может развиться у 25–50% зараженных [3, 4].

В венерологическом отделении филиала «Клиника им. Короленко В.Г.» мы наблюдали молодого человека, госпитализированного со вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек и имевшего ВИЧ-инфекцию, впервые выявленную в стационаре.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 1

Больной К. 42 лет, история болезни №3278, поступил в венерологическое отделение филиал «Клиника им. В.Г.Короленко» переводом из отделения челюстно-лицевой хирургии ГКБ №1 с результатами полученного там серологического обследования: РПГА+; РИФ 4+/4+. Из анамнеза выяснено, что за 3 нед до госпитализации у больного появился эрозивно-язвенный элемент на верхней губе справа, сыпь на коже туловища. Так как положительной динамики в сторону рассасывания высыпаний не было, больной по скорой помощи был доставлен в челюстно-лицевое отделение ГКБ №1, где ему был поставлен диагноз: «Абсцедирующий фурункул верхней губы справа. Аллергический дерматит кожи туловища». В срочном порядке была проведена операция: под местной анестезией произведено вскрытие «абсцесса» на верхней губе. В послеоперационном периоде проводились антибактериальная, симптоматическая терапия, санирующие перевязки, физиотерапия. После получения результатов серологического обследования на сифилис больной был переведен в филиал «Клиника им. В.Г.Короленко». При осмотре в венерологическом отделении стационара было выявлено: на коже туловища обильная мелкая смешанная розеолезно-папулезная сыпь в виде каплевидных розеол розового или красноватого цвета, исчезающих при надавливании; множество папул размером от мелкой горошины до однокопеечной монеты, красного цвета, покрытых сероватыми корочками; зуда нет. На верхней губе справа имелась язва в стадии рубцевания, безболезненная при пальпации, с налетом серовато-го цвета в центре и с массивным плотным инфильтратом по периферии. Размер язвы 1х1,5 см (рис. 1). В подчелюстной области справа имелся увеличенный до размера крупной вишни безболезненный, подвижный лимфоузел.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови и мочи: без патологии. Биохимический анализ крови: общий белок 87,0 г/л; мочевина 4,3 ммоль/л; общий билирубин 12,2 мкмоль/л; глюкоза 6,0 ммоль/л; калий 4,3 мкмоль/л; натрий 146 мкмоль/л; АЛТ 62 Ед/л; АСТ 40 Ед/л. РМП 4+ (1:32). РПГА тест 4+. ИФА+. IgG+. РИБТ+ (72%). РИФ 4+/4+. Антитела к ВИЧ не обнаружены. HBsAg не обнаружен. Анти-HCV не обнаружены.

На основании клинико-серологического обследования поставлен диагноз: «Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек (остатки язвенного шанкра на красной кайме верхней губы, обильная розеолезно-папулезная сыпь, правосторонний подчелюстной склероаденит)». Проведено лечение по схемам Минздравсоцразвития РФ, по 1 млн. ЕД пенициллина 4 раза в сутки в течение 20 дней.

Высыпания на коже туловища разрешились на 7-й день, язвенный шанкр окончательно зарубцевался на 8-й день лечения. Больной был выписан на клинико-серологический контроль в кожно-венерологический диспансер по месту жительства.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 2

Больной Ю. (история болезни № 60358/13-2) 27 лет. Болен в течении 1 месяца, когда заметил увеличение подчелюстных лимфатических узлов, болезненность при глотании. На нижней губе слева появилась эрозия, которая быстро покрылась корками. Лечение местными средствами – без эффекта. Спустя 2 дня появилась сыпь на коже живота. Обратился в кожно-венерологический диспансер. РМП 4+.

В момент поступления в стационар при осмотре на коже передней брюшной стенки имеется единичная папулезная сыпь. На красной кайме нижней губы слева – язва до 3 см в диаметре, на поверхности которой массивные корки желтоватого и темно-коричневого цвета. По периферии элемента, покрытого корками, красная кайма губ не изменена. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены до крупной горошины, безболезненны, не спаяны с кожей (рис.2).

Кровь на ВИЧ-положительна.

Проведено лечение: 1млн ЕД пенициллина внутримышечно через 4 дня в течение 19 дней, доксициклин 0,1 2 раза в день 10 ней.

Корковый шанкр на нижней губе практически рассосался, корки исчезли, сохраняется небольшая эрозия в стадии эпителизации (рис. 3).

После проведенного лечения антибиотиками (пенициллин внутримышечно) больной выписан под наблюдение кожно-венерологического диспансера и центра по борьбе со СПИДом, куда он направлен для постановки на учет.

Таким образом, в результате диагностических ошибок в распознавании сифилиса упускаются наиболее благоприятные сроки успешного излечения этого заболевания, подвергаются опасности заражения окружающие лица, болезнь переходит в поздние формы, трудно поддающиеся лечению, возникают скрытые формы, опасные в эпидемиологическом отношении [5]. Практическим врачам необходимо помнить об этом заболевании, так как их диагностические ошибки являются тормозящим фактором в деле качественного лечения сифилиса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пашков Б.М., Стоянов Б.Г., Машкилейсон А.Л. « Поражение слизистой оболочки полости рта и губ при некоторых дерматозах и сифилисе» 1970г.
2. Шапошников О.К. «Венерические болезни» Медицина 1991 стр. 47-50.
3. Голохвастова Е.Л. «Клиника и лечение ВИЧ-инфекции. Инфекционные болезни 2011».
4. Покровский В.В. «ВИЧ/СПИД в России: ситуация и прогноз. Эпидемиология и инфекционные болезни.» 2008г.
5. Топоровский Л.М., Глебова Л.И. «Ошибки в диагностике сифилиса». Вестн. Дерматол. 1986г.