

## СИФИЛИС И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 616.972-036.1

## Случай третичного активного, раннего скрытого и раннего врожденного сифилиса в одной семье

Сердюкова Е.А., Родин А.Ю., Русинов В.И.

Кафедра дерматовенерологии (зав. – проф. А.Ю. Родин) ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет

Авторы наблюдали семью из 3 больных разными формами сифилиса (врожденного, раннего скрытого и активного третичного), выявленных впервые при обследовании дочери больных в возрасте 2 мес, поступившей в отделение реанимации Областной детской клинической больницы с диагнозом врожденного гепатита, не поддающегося проводимой терапии. При обследовании крови на сифилис реакция микропреципитации (РМП) 4+, иммуноферментный анализ (ИФА) 4+. Диагностирован ранний врожденный сифилис (с висцеральной симптоматикой). К обследованию привлекли родителей. У матери 23 лет на коже и слизистых оболочках проявлений сифилиса нет. При осмотре: на коже видимых слизистых проявлений сифилиса нет, анализ крови на сифилис: реакция Вассермана (РВ) 4+, титр 1:320, РМП 4+, результаты ИФА на суммарные антитела положительные (IgM отрицательные, IgG положительные, титр 1:160). Диагностирован ранний скрытый сифилис. У отца 25 лет выявлены 2 очага бугоркового сифилида, существующие у больного около 1 года. Анализ крови: РВ 4+ 1:80, РМП 4+, результаты ИФА на суммарные антитела положительные (IgM отрицательные, IgG положительные, титр 1:640). Диагностирован третичный активный сифилис. От проведения спинномозговой пункции больные отказались. Проведена специфическая терапия.

Ключевые слова: третичный сифилис; бугорковый сифилид; врожденный сифилис; ранний скрытый сифилис; диагностика.

### A CASE WITH TERTIARY ACTIVE, EARLY LATENT, AND EARLY CONGENITAL SYPHILIS IN ONE FAMILY

Serdyukova E.A., Rodin A.Yu., Rusinov V.I.

Volgograd State Medical University, 400131, Volgograd, Russia

A family of 3 patients with different forms of syphilis (congenital, early latent, and active tertiary) was observed. The disease was first detected in examination of the patients' daughter (2 months), hospitalized in intensive care wards of Regional Pediatric Clinical Hospital with the diagnosis of congenital hepatitis resistant to therapy. Blood testing for syphilis showed microprecipitation (MP) 4+, enzyme immunoassay (EIA) 4+. Early congenital syphilis (with visceral symptoms) was diagnosed. The parents were then examined. In the mother (23 years) no syphilis manifestations were found on the skin and mucosa. Laboratory findings: Wassermann's test (WT) 4+, titer 1:320; MP 4+; EIA positive for summary antibodies (negative IgM, positive IgG, titer 1:160). Early latent syphilis was diagnosed. In the father (25 years) two foci of tubercular syphilis persisted during about 1 year. Blood analysis: WT 4+, 1:80; MP 4+; EIA positive for summary antibodies (negative IgM, positive IgG, titer 1:640). Tertiary active syphilis was diagnosed. The patients refused from spinal puncture. Specific therapy was carried out.

Key words: tertiary syphilis; tubercular syphilis; congenital syphilis; early latent syphilis; diagnosis.

Третичный сифилис является заключительной стадией сифилитической инфекции, развивается на фоне инфекционной (трепонемной) аллергии организма больного и характеризуется деструктивным поражением кожи, слизистых оболочек, костей, внутренних органов и нервной системы [1]. У нелеченых больных, как правило, развитие третичного сифилиса происходит через 3–5 лет с момента заражения [2–4], однако у некоторых больных проявления третичного сифилиса могут возникать через десятилетия после инфицирования при бессимптомном течении заболевания [2, 5,

6]. Переход из вторичного в третичный сифилис происходит в 5–40% случаев.

Развитие третичного сифилиса зависит от ряда причин, к которым относят неполноценное лечение ранних форм сифилиса, острые и хронические инфекции, интоксикации, травмы, тяжелые соматические заболевания, злокачественные новообразования [2, 7].

Клиническими особенностями третичного сифилиса являются:

- полиморфизм высыпаний, характеризующийся различными сифилидами (бугорковый, гуммозный, третичная розеола Фурнье), при этом в отличие от вторичного периода нехарактерно по-

Сведения об авторах:

Сердюкова Елена Анатольевна – кандидат мед. наук, ассистент (eas171@yandex.ru); Родин Алексей Юрьевич – доктор мед. наук, профессор; Русинов Владимир Иванович – кандидат мед. наук, ассистент.

Corresponding author:

Serdyukova Elena, MD, PhD, assistant (eas171@yandex.ru).

явление различных элементов одновременно;

- ограниченный, асимметричный, фокусный характер расположения элементов сыпи;
- малое количество высыпаний (единичные в случае гумм и розеола, несколько десятков в случае бугоркового сифилида);
- малозаразительность элементов сыпи ввиду отсутствия бледной трепонемы в очагах поражения;
- длительный период эволюции третичных сифилидов (до 4–8 мес);
- отсутствие островоспалительных явлений в очагах поражения;
- деструктивный характер поражения, так как сифилиды третичного периода представляют собой инфекционную специфическую гранулему, склонную к распаду, при разрешении которой формируются язвы, а затем рубцы или рубцовая атрофия;
- отсутствие субъективных ощущений;
- быстрое разрешение сифилидов на фоне специфической терапии;
- интактность лимфатической системы;
- позитивность серологических реакций в 40–70% случаев [2];

развитие позднего висцерального сифилиса и поздних форм нейросифилиса, количество которых увеличивается в последние годы [4, 6, 8, 9]. Выделяют несколько клинических разновидностей бугоркового сифилида: сгруппированный, диффузный или "площадкой", ползучий или серпигинирующий, карликовый.

Особенностями карликового бугоркового сифилида являются его маленькие размеры, отсутствие изъязвления, разрешение с формированием рубцовой атрофии. Ползучий или серпигинирующий бугорковый сифилид характеризуется появлением бугорков у одного края очага всегда на здоровой коже, после изъязвления которых формируется мозаичный рубец вследствие чередования гиперпигментированных старых и гипопигментированных новых рубцов. Постепенно очаг как бы перемещается по поверхности кожи. Для диффузного бугоркового сифилида "площадкой" характерно слияние бугорков в достаточно крупную бляшку, которая в дальнейшем изъязвляется с последующим образованием рубца или разрешается "сухим путем". При сгруппированном бугорковом сифилиде бугорки не сливаются, но сгруппированы и в очаге находятся на разных стадиях эволюции: бугорки, язвы, рубцы или рубцовая атрофия.

Порой третичный сифилис может имитировать другие заболевания, поэтому врачи многих специальностей могут столкнуться с этой проблемой. Особенностью современного течения сифилиса является



Больной Ф.С. Активный третичный сифилис.

*а* – поражение наружной поверхности правой стопы – серпигинирующий бугорковый сифилид; *б* – серпигинирующий бугорковый сифилид в наружной пяточной области левой стопы; *в* – после лечения; мозаичный рубец в области правой стопы; *г* – после лечения; разрешившийся бугорковый сифилид в области левой стопы.

преобладание скрытых форм инфекции, в том числе и поздних форм, к которым относится третичный сифилис [6, 10].

В течение последних лет было описано несколько случаев диагностики третичного сифилиса, в том числе запущенных форм [4, 5, 7, 10–12]. Незнание клинических проявлений, а также трудности интерпретации серологических реакций порой приводят к диагностическим ошибкам [13].

На наш взгляд, представляет интерес клинический случай семейного сифилиса.

Приводим собственное наблюдение.

В отделение реанимации Областной детской клинической больницы поступила девочка Ф.В. в возрасте 2 мес с диагнозом врожденного гепатита. При рождении по месту жительства у ребенка были выявлены гепатит и спленомегалия, повышение содержания трансаминаз, поэтому девочку госпитализировали в отделение патологии новорожденных. Несмотря на проводимое лечение, состояние ребенка не улучшалось, в связи с чем ее перевели в реанимационное отделение Областной детской клинической больницы. При обследовании крови на сифилис: реакция микропреципитации (РМП) 4+, иммуноферментный анализ (ИФА) 4+. Ребенок рожден от первой беременности в срок. К обследованию были привлечены родители. Мать Ф.Ю., 23 лет, во время беременности на учете не состояла. Данных об обследовании в родильном доме нет.

При осмотре: на коже видимых слизистых оболочках проявлений сифилиса нет. Кровь на сифилис: реакция Вассермана (РВ) 4+, титр 1:320, РМП 4+, результаты ИФА на суммарные антитела положительные, IgM отрицательные, IgG положительные, титр 1:160.

Отец Ф.С., 25 лет. При осмотре: в области наружной поверхности стоп имеются 2 очага, в пределах которых

## ЛИТЕРАТУРА

определяются бугорковые элементы буровато-синюшного цвета, плотноватые, безболезненные, без субъективных ощущений, располагающиеся преимущественно с одного края очагов, единичные поверхностные язвы, покрытые геморрагическими корками, в центре очагов имеются рубчики, вследствие чего отмечается некоторое западение кожи (см. **рисунок, а, б**). Высыпания появились около 1 года назад без видимой причины. В течение нескольких месяцев самостоятельно применял различные противогрибковые мази, однако эффекта не отмечал, высыпания продолжали распространяться, очаги медленно увеличивались в размере с одного края. Из анамнеза выяснено, что родители состоят в браке в течение последнего года. Мать посторонние половые связи категорически отрицает. Отец имел неоднократные случайные половые связи около 4 лет назад. В течение этих лет на сифилис не обследовался. В течение последних 2 лет половые связи только с женой. При обследовании РВ 4+, титр 1:80, РМП 4+, результаты ИФА на суммарные антитела положительные, IgM отрицательные, IgG положительные, титр 1:640. Все больные были осмотрены смежными специалистами, специфической патологии не выявлено. От проведения спинномозговой пункции категорически отказались.

Ребенку был установлен диагноз раннего врожденного сифилиса с симптомами (висцеральный), матери – ранний скрытый сифилис, отцу – третичный сифилис (бугорковый сифилид). Всем проведено специфическое лечение согласно инструкции. После проведенного курса лечения у девочки отмечены уменьшение размеров печени и селезенки, нормализация показателей печеночных проб и трансаминаз. У отца после проведения курса лечения пенициллином по 1 млн ЕД 6 раз в сутки 28 дней, а затем еще 14 дней после 2-недельного перерыва отмечен полный регресс высыпаний с формированием на их месте мозаичного рубца (см. **рисунок, в, г**).

Через 1 год после лечения у ребенка при осмотре: кожа и видимые слизистые оболочки чистые, кровь на сифилис: результат РМП отрицательный, ИФА отрицательный. У матери при осмотре: проявлений сифилиса нет, кровь на сифилис: РВ 3+, ИФА положительный, у отца РВ 3+, ИФА положительный, проявлений сифилиса на коже и слизистых оболочках нет. Родителям проведен дополнительный курс лечения по поводу серорезистентности в стационаре водорастворимым пенициллином. Больных повторно проконсультировали смежные специалисты с целью исключения висцерального сифилиса. Несмотря на проводимые беседы, больные категорически отказались от проведения спинномозговой пункции, что не дало возможности исключить нейросифилис. В настоящее время находятся на клинико-серологическом контроле.

Наблюдаемый нами случай семейного сифилиса интересен своей редкостью, в частности, сочетанием трех форм сифилиса в одной семье: третичного активного, раннего скрытого и раннего врожденного. Обращает на себя внимание ряд лечебно-тактических ошибок (не проведено обследование на сифилис матери в период беременности и ребенка в родильном доме, а впоследствии – в детском отделении). Приведенный клинический случай, возможно, привлечет внимание к проблеме сифилиса не только врачей-дерматовенерологов, но и акушеров-гинекологов и педиатров.

1. Дмитриев Г.А., Доля О.В., Василенко Т.И. *Сифилис: феномен, эволюция, новации*. М.: БИНОМ; 2010: 87.
2. Чеботарев В.В. *Сифилис*. Ставрополь: Седьмое небо; 2010: 164–76.
3. Лосева О.К., Ловенецкий А.Н. *Эпидемиология, клиника, диагностика и лечение сифилиса*. М.: Ниармедик Плюс; 2000: 62.
4. Гаджимурадов М.Н., Абакарова Д.А. Случай гуммозного сифилиса спинного мозга. *Клиническая дерматология и венерология*. 2006; 1: 36–7.
5. 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.
6. Кубанова А.А., ред. *Дерматовенерология. Клинические рекомендации*. М.: ДЭКС-Пресс; 2010: 355–6.
7. Доля О.В., Гребенюк В.Н. Бугорковый сифилид – клиническое проявление третичного сифилиса. *Клиническая дерматология и венерология*. 2011; 2: 45–7.
8. Lefebvre M., Biron C., Guillouzouic A., Juvin M.E., Masseur A., Néel A., et al. Syphilis in Nantes tertiary care hospital between 2000 and 2010: a case series of 36 hospitalized patients. *Rev. Med. Interne*. 2013; 34(9):522–7. doi: 10.1016/j.revmed.2013.02.010.
9. Schotanus M., Dorleijn D.M., Hosman A.J., Huits R.M., Koopmans P.P., Galama J.M. A patient with multifocal tabetic arthropathy: a case report and review of literature. *Sex. Transm. Dis*. 2013; 40(3): 251–7. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31827df2c6.
10. Панкратов О.В., Панкратов В.Г., Каменко И.И., Чернявская Т.С. Случай активного третичного сифилиса в Беларуси. *Клиническая дерматология и венерология*. 2004; 1: 34–9.
11. Толстокоров И.Г., Осипов Е.С. Абсцесс малого таза, как проявление третичного сифилиса. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2006; 1: 84.
12. Коннохова К.А., Григорьева Г.Н., Цветкова Г.М. Третичный сифилис. *Заболевания передаваемые половым путем*. 1998; 5: 42–3.
13. Родин А.Ю., Ерёмкина Г.В., Сердюкова Е.А. Плоскоклеточный рак слизистой полости рта, ошибочно диагностированный как третичный гуммозный сифилис. *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2012; 2: 55–7. Получена 29.01.14

## REFERENCES

1. Dmitriyev G.A., Dolya O.V., Vasilenko T.I. *Syphilis: the phenomenon, evolution, innovation (Sifilis: fenomen, evolyutsiya, novatsii)*. Moscow: BINOM; 2010: 87. (in Russian)
2. Chebotarev V.V. *Syphilis (Sifilis)*. Stavropol: Sedmoye nebo; 2010: 164–76. (in Russian)
3. Loseva O.K., Lovenetskiy A.N. *Epidemiology, clinical features, diagnosis and treatment of syphilis (Epidemiologiya, klinika, diagnostika i lecheniye sifilisa)*. Moscow: Niarmedik Plyus; 2000: 62. (in Russian)
4. Gadzhimuradov M.N., Abakarova D.A. Gummy case of syphilis of the spinal cord. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2006; 1: 36–7. (in Russian)
5. Mavlyutova G.I., Minullin I.K., Bilydyuk E.V., Gubaydullin R.M. Case of late diagnosis of tertiary syphilis. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2010; 2: 48–51. (in Russian)
6. Kubanova A.A., ed. *Dermatovenerology. Clinical guidelines (Dermatovenerologiya. Klinicheskiye rekomendatsii)*. Moscow: DEKS-Press; 2010: 355–6. (in Russian)
7. Dolya O.V., Grebenyuk V.N. Cuspal sifilid – clinical manifestation of tertiary syphilis. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2011; 2: 45–7. (in Russian)
8. Lefebvre M., Biron C., Guillouzouic A., Juvin M.E., Masseur A., Néel A., et al. Syphilis in Nantes tertiary care hospital between 2000 and 2010: a case series of 36 hospitalized patients. *Rev. Med. Interne*. 2013; 34(9):522–7. doi: 10.1016/j.revmed.2013.02.010.
9. Schotanus M., Dorleijn D.M., Hosman A.J., Huits R.M., Koopmans P.P., Galama J.M. A patient with multifocal tabetic arthropathy: a case report and review of literature. *Sex. Transm. Dis*. 2013; 40(3): 251–7. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31827df2c6.
10. Pankratov O.V., Pankratov V.G., Kamenko I.I., Chernyavskaya T.S. Cases of active tertiary syphilis in Belarus. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2004; 1: 34–9. (in Russian)
11. Tolstokorov I.G., Osipov E.S. Small pelvis abscess, as a manifestation of tertiary syphilis. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 2006; 1: 84. (in Russian)
12. Konnykhova K.A., Grigoryeva G.N., Tsvetkova G.M. Tertiary syphilis. *Zabolevaniya peredavaemie polovim putem*. 1998; 5: 42–3. (in Russian)
13. Rodin A.Yu., Yeremina G.V., Serdyukova E.A. Squamous cell carcinoma of the oral mucosa, mistakenly diagnosed as tertiary syphilis gummatous. *Volgogradskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal*. 2012; 2: 55–7. (in Russian)

Received 29.01.14