

## Випадки атипичного твердого шанкеру

Ткач В.Є., Мотуляк А.П., Никифорок Р.Ф.

*Івано-Франківський національний медичний університет*

### СЛУЧАИ АТИПИЧНОГО ТВЁРДОГО ШАНКРА

Ткач В.Е., Мотуляк А.П., Никифорок Р.Ф.

Приведены собственные клинические наблюдения двух случаев атипичного твердого шанкра. Проведен критический анализ диагностических ошибок и их причин.

### THE CASES OF ATYPICAL PRIMARY CHANCRE

Tkach V.Ye., Motulyak A.P., Nikiforuk R.F.

The own clinical observations of two cases of atypical primary chancre have been presented. The review of diagnostic errors and their reasons has been made.

За останні десятиліття звертає на себе увагу існування помітного патоморфозу хвороб шкіри, в тому числі й сифілісу [1, 2, 6]. Найбільш імовірні причини стійких змін у перебігу дерматозів та хвороб, що передаються статевим шляхом, – широке, подекуди необґрунтоване застосування антибактеріальних препаратів, поліпрагмація, а також зниження неспецифічної резистентності організму людини, спричинене соціальними, економічними й екологічними чинниками [7, 8]. Одним з проявів патоморфозу у перебігу сифілісу є збільшення числа атипичних форм твердого шанкеру. У свою чергу атипичний перебіг сифілісу є однією з причин діагностичних помилок, котрі призводять до несвоєчасного виявлення, лікування і, особливо, санації вогнищ венеричної інфекції [3, 4]. Поряд з шанкером-панарицієм та шанкером-амігдалітом індуративний набряк (як атипична форма) зустрічається найчастіше [5, 6].

Загальновідома роль лімфатичної системи у розвитку сифілітичної інфекції. Первинними ознаками її залучення до патологічного процесу є регіонарний склераденіт та лімфангіт. Якщо лімфаденіт майже завжди є невід’ємною частиною первинного і вторинного свіжого сифілісу, то лімфангіт зустрічається значно рідше. Це залежить від відповіді лімфатичної системи на присутність у ній блідої спірохети. Як відомо, реакція може бути недостатньою і гіперергічною:

- при недостатній реакції немає лімфангіту, лімфаденіт не виражений, запізнений, частіше – односторонній; поліаденіт, як правило, не формується;

- гіперергічна реакція проявляється вираженим лімфангітом, різким збільшенням лімфатичних вузлів, періаденітом, болючістю, запаленням шкіри над вузлами; лімфатичні вузли можуть бути спаяні між собою у вигляді конгломерату.

У результаті гіперергічної реакції лімфатичної системи може виникати індуративний набряк. Подаємо два випадки атипичного твердого шанкеру – індуративного набряку, при виявленні якого були допущені діагностичні помилки.

Хворий К., 27 років, звернувся до уролога із скаргами на припухлість статевого члена і неможливість закрити головку припуццільним мішком. Набряк тривав понад тиждень, його виникнення хворий пов’язує з потертістю. Оглянувши хворого, уролог зробив невдалу спробу вправити головку, діагностував парафімоз і рекомендував оперативне лікування. З метою уточнення діагнозу, лікар взяв біопсійний матеріал для гістологічного дослідження із збільшеного лімфатичного вузла. Хворий відмовився від хірургічного лікування і звернувся до венеролога.

При огляді (Рис. 1 на вкладці) у хворого було виявлено парафімоз, припуццільний мішок застійно-червоного кольору, набряклий, щільний, при натисканні заглиблення не утворюється; дефектів шкірного покриву не виявлено. Шкіра головки синюшна. Пахові лімфатичні вузли збільшені, у вигляді пакету, не спаяні, не болючі, рухомі. Шкіра над ними не змінена, над вилущеним лімфатичним вузлом виявлено два кетгуттові шви. МРП – позитивна; РВ 4+; титр 1:80. Хворий мав статевий контакт з незнайомкою 2 місяці поспіль.

Пацієнта госпіталізовано з діагнозом: первинний серопозитивний сифіліс, індуративний набряк. Призначена пеніциліно- та неспецифічна імунотерапія.

По закінченню курсу лікування і досягненню практично повної негативації серологічних реакцій, індуративний набряк зменшився, інфільтрат розсмоктався через 2 тижні після терапії. У біопсійному матеріалі – виражена гіперплазія лімфоїдної тканини, розростання сполучнотканинної ретикулярної стромы, виявляються окремі зони некрозу, явища ендомезо- і періартеріїту та флебіту.

Хворий М., 32 роки, звернувся до хірурга із скаргами на різкий набряк статевого члена і калитки, болючість і деяку незручність при ходьбі. Набряк виник впродовж трьох днів; передусім шкіра почала набрякати на статевому члені. Хірург запідозрив тромбофлебіт статевих органів і відразу направив хворого на стаціонарне обстеження та лікування в ангіологічне відділення. З метою виключення алергічного дерматиту, хворий був проконсультований дерматологом. Нетиповість клінічної картини, різко виражений щільний набряк шкіри статевих органів спонукали дерматолога проконсультувати хворого у працівника кафедри.

При огляді у хворого – гігантський набряк статевого члена і калитки (Рис. 2, 3 на вкладці). Шкіра застійно-червоного кольору, з поступовим переходом до нормального забарвлення. Фімоz, пальпаторно

виявляється щільний інфільтрат, не болючий, при натисканні ямка не утворюється. Пахові лімфатичні вузли збільшені, не спаяні між собою і шкірою, рухомі, туго-еластичної консистенції. Шкіра над вузлами інтактна. МРП – різко-позитивна, РВ 4+, титр 1:160. Статевий контакт був 1,5 місці поспіль, у «джерела» виявлено свіжий вторинний сифіліс.

Поставлено діагноз: первинний серопозитивний сифіліс, гігантський індуративний набряк. Хворий отримав специфічну (бензилпеніцилін) і неспецифічну терапію. На 18 добу виписаний з лікарні. МРП – 1+; РВ – позитивна 4+; титр 1:10. Набряк суттєво зменшився (майже вдвічі). Через 3 тижні після закінчення лікування шкіра статевих органів набула звичайного вигляду.

Мета нашого повідомлення – акцентувати увагу лікарів на атиповості перебігу сифілісу і високій вірогідності діагностичних помилок. Засторогою останніх є ґрунтовні знання щодо сучасного перебігу сифілісу, ретельно зібраний анамнез, васерманізація соматичних хворих, а також висока настороженість практичних лікарів щодо сифілісу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Дерматовенерологія: Навч. посіб.* /За ред. В. П. Федотова. – К.- Дніпропетровськ, 2008. – 600 с.
2. *Кожные и венерические болезни: Руковод. для врачей.* В 2-х т. /Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – 800 с.
3. *Мавров И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии.* – Харьков: Факт, 2007. – 790 с.
4. *Фришман М.П. Ошибки в диагностике сифилиса.* – К.: Здоров'я, 1983. – 204 с.
5. *Chapel T.A. The variability of syphilitic chancres // Sex. Trans. Dis. – 1978. – Vol. 5. – P. 68-70.*
6. *Koranne R.V, Raju P.J. Atypical manifestations of early syphilis // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 1990. – Vol. 56. – P. 37-39.*
7. *Sykes J.A., Miller J.N., Kalan A.J. Treponema pallidum within cells of a primary chancre from a human // Br. J. Vener. Dis. – 1974. – Vol. 50. – P. 40-44.*
8. *Wade T.R., Huntley A. Multiple penile chancres an atypical manifestation of primary syphilis // Arch. Dermatol. – 1979. – Vol. 115, No 2. – P. 227-232.*

**Рисунок к статье:**  
*Калюжная Л.Д., Турик Н.В., Уваренко Е.А.,  
Бондаренко И.Н*  
**Тяжелое рецидивирующее течение  
субкорнеального пустулёза  
Снеддона–Уилкинсона у  
больной с диабетом**



Рисунок 1

**Рисунок к статье:** *Ткач В.С., Мотуляк А.П., Суканець О.В., Маляр Н.П.*  
**Випадок генералізованого вузлувато-гранульоматозного рубромікозу**



Рисунок 1



Рисунок 2

**Рисунок к статье:** *Ткач В.С., Мотуляк А.П., Никифорок Р.Ф.*  
**Випадки атипичного твердого шанкеру**



Рисунок 1



Рисунок 2



Рисунок 3