

Вісцеральні прояви вторинного сифілісу

Бондар С. А., Наліжитий А. А., Каніковський О. Є.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Проведено аналіз діагностичних помилок серед лікарів різних спеціальностей при первинному та вторинному сифілісі. Наведено випадок діагностичної помилки при проявах вісцерального сифілісу у хворій у вторинному періоді проходження інфекції.

Ключові слова: сифіліс вторинний, клініка, діагностика, лікування.

При обстеженні хворих на сифіліс з клінічними проявами інфекції лікарями різних профілів, у 14 % випадків справжнє захворювання залишилось не діагностованим. За даними літератури [1, 3, 6, 7], цей показник коливався від 9 до 35 %. Виявлені припущені лікарями помилки розподілились таким чином:

- дерматовенерологи – 21 %;
- хірурги – 26 %;
- акушери-гінекологи – 22 %;
- терапевти – 19 %;
- онкологи, стоматологи та інші лікарі – 12 %.

Більшість діагностичних помилок щодо сифілісу спричинена:

- недостатньою кваліфікацією лікаря;
- поверхнево зібраним анамнезом;
- неповним обстеженням хворого;
- невиконанням лабораторного обстеження хворого;
- відсутністю настороженості.

Спостереження свідчать, що частіше припускалися помилок у діагностиці:

- молоді лікарі – через недостатню фахову підготовку та відсутність практичного досвіду;
- лікарі з багаторічним стажем – через само впевненість, зниження кваліфікації.

Незнання класичних симптомів сифілісу, не уважність, недбалість при обстеженні пацієнтів призводять до того, що хворі на активний заразний сифіліс бувають на прийомі у 4-6 лікарів різних спеціальностей, але істинний діагноз сифілітичної інфекції залишається невстановленим [2, 3, 7].

Лікарі, до яких звернулися пацієнти, помилково діагностували:

- у хворих на первинний сифіліс з наявністю ерозивного, виразкового чи змішаних твердих шанкерів та регіонарного лімфаденіту:

- 1) кандидоз;
- 2) герпес;
- 3) піодермію;
- 4) банальну ерозію;
- 5) рак слизової оболонки шийки матки;
- 6) бартолініт;
- 7) туберкульозний та неспецифічний паховий лімфаденіт;
- 8) пахову килу, –

а при сифілітичному індуративному набряку соромітних губ – слоновість зовнішніх статевих органів, абсцес соромітних губ;

- у хворих на вторинний свіжий чи рецидивний сифіліс з характерною клінічною картиною:

- 1) шпильасті кондиломи;
- 2) кропив'янку;
- 3) дріжджовий вульвовагініт;
- 4) фурункул;
- 5) гідраденіт;
- 6) геморой;
- 7) лімфогранулематоз;
- 8) нейродерміт;
- 9) крауроз;
- 10) еритроплазію;
- 11) рак.

У зв'язку з високою ефективністю лікування ранніх форм сифілітичної інфекції, у наш час значно зменшилась кількість публікацій, присвячених вісцеральному сифілісу, зокрема сифілітичному ураженню шлунка при вторинному сифілісі. Є немало літературних джерел про своєрідність проявів сифілітичного ураженні травної системи та діагностичні помилки, яких припускаються лікарі різних профілів [1, 4-7]. Ми хочемо навести власні спостереження.

Хвора Б., 28 років, занедужала зненацька під час роботи на присадибній ділянці. Виникли гострий біль у надчерев'ї, нудота, блювання. Раніше захворювань органів травлення не було. Госпіталізована у хірургічне відділення. Скарги на постійний ниючий біль у верхній частині живота, який не послаблювався після їжі та блювання.

Хвора правильної статури, підвищеної вродованості (зріст – 162 см, маса тіла – 84 кг). Органи грудної клітки – без патологічних змін. Черевна стінка бере участь у диханні, при пальпації не напружена, але в епігастральній ділянці значно виражена болючість. Загальні аналізи крові та сечі – без патологічних змін.

Гастродуоденоскопія: стравохід, кардія – без патологічних змін. Шлунок (антральний відділ, нижня та середня третина тіла) деформований, перистальтика відсутня, слизова оболонка інфільтрована майже циркулярно, має вигляд виразки. Висновок: інфільтративно-виразкова форма раку шлунку.

Рентгеноскопія: шлунок зменшений, рельєф атиповий, у ділянці тіла й синуса має вигляд широких стьожкоподібних ригідних полів. Перистальтика у цій ділянці відсутня. Шлунок зміщується під час диху. Евакуація вмісту відбувається швидко. Висно-

вок: рак тіла шлунку.

Ультразвукове дослідження: хронічний холецистит, хронічний панкреатит.

Хвору готували до операції, але результати серологічного дослідження (реакція Васермана – 4+, титр – 1:160, експрес-серодіагностика – 4+, титр – 1:8) потребували консультації дерматовенеролога, який виявив:

- на тулубі та кінцівках – рясну розеолезну та папулезну висипку;

- у ділянці статевих органів і ануса – велику кількість широких еродованих кондилом;

- у пахвах – мокнучі вегетуючі лентикулярні папули;

- на великих та малих статевих губах – декілька ерозивних твердих шанкерів;

- регіонарний двосторонній бубон діаметром до 3,5 см;

- на твердому та м'якому піднебінні – плямисту висипку, сифілітичну ангіну.

Доступні пальпації лімфатичні вузли збільшені до 1,5 – 2 см, безболісні, рухливі, з гладенькою поверхнею. У серумі із шанкерів знайдена біла спірохета.

Діагноз: сифіліс вторинний свіжий (розеольозно-папулезно висипка, тверді шанкери, регіонарний бубон, специфічна еритематозна ангіна, полі аденіт);

ЛІТЕРАТУРА

1. Борзов М. В., Литвак П. Л. Об ошибках в диагностике сифилиса // Патогенез и терапия дерматозов. – Львов, 1969. – С. 216-224.
2. Дерматология, венерология. Підручник під ред. В. І. Степаненка. – К.: КНМ, 2012. – 904 с.
3. Дерматовенерология. Навчальний посібник / За редакцією В. П. Федотова, А. Д. Дюдюна, В. І. Степаненка. – Дніпропетровськ-Київ, 2008. – 600 с.
4. Лурия Р. А. Сифилитическое поражение

пищеварительной системы / В. Н. Коган-Ясный. Висцеральный сифилис. 2-е изд.– К., 1939. – С. 155-204.

Через 3 доби від початку проведення специфічної терапії біль в епігастральній ділянці та блювання припинились, з'явився апетит. При повторному обстеженні шлунково-кишкового тракту після завершення курсу лікування сифілісу патологічні зміни не виявлені.

Висновки

1. Важливою ланкою у комплексі заходів по зниженню венеричної захворюваності є своєчасне розпізнавання хвороби, особливо – заразної її форми.

2. Виявлена суттєва кількість помилок у діагностиці сифілісу при наявності класичних ознак інфекції.

3. Розпізнавання сифілісу за результатом серологічних реакцій при наявності клінічних симптомів є грубою діагностичною помилкою.

4. Попередня гіпердіагностика сифілітичної інфекції при виявленні патологічних змін шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів та статевих органів є актуальною, ніж забути про цю хворобу.

5. Ляшенко И. Н. Некоторые разновидности сифилиса желудка // Вестн. дерматол. венерол. – 1979. – № 1. – С. 66-70.

6. Половые болезни / Под ред. И. И. Маврова. – Харьков, 2001. – 789 с.

7. Фришман. М. П. Ошибки в диагностике сифилиса. – К.: Здоров'я, 1983. – 136 с.

ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА

Бондарь С. А., Налижитый А. А., Каниковский О. Е.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Проведен анализ диагностических ошибок среди врачей разных специальностей при сифилисе в первичном и вторичном периодах. Приведен случай диагностической ошибки при проявлениях висцерального сифилиса у больной во вторичном периоде протекания инфекции.

Ключевые слова: сифилис вторичный, клиника, диагностика, лечение.

VISCERAL MANIFESTATIONS OF SECONDARY SYPHILIS

Bondar S. A., Nalizhytyi A. A., Kanikovskiy O. Ye.

M. I. Pirogov Vinnitsa National Medical University

The analysis of diagnostic errors among doctors of different specialties in primary and secondary syphilis has been carried out. The case of diagnostic errors in visceral manifestations of syphilis in the second period of the infection course has been adduced.

Keywords: secondary syphilis, clinical picture, diagnosis, treatment.

Бондарь Сергей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Налижитый Андрей Андреевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры кожных и венерических болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Каниковский Олег Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней медицинского факультета № 2 Винницкого национального медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

andrann@gmail.com