

М. А. Котикова, Е. Ю. Сапешко
**ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. В. Г. Панкратов,
Кафедра кожных и венерических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Резюме. Во всем мире сифилис распространен повсеместно. До 80-х годов заболеваемость сифилисом в мире снижалась, но к 90-м она снова начала расти. В настоящее время в Республике Беларусь наблюдается тенденция к снижению заболеваемости сифилисом (с 1998 года).

Ключевые слова: первичный период, твердый шанкр, МРП, антибиотикотерапия.

Resume. Throughout the world, syphilis is common. Until the 1980s, the incidence of syphilis in the world was declining, but by the 1990s it had begun to grow again. At present, there is a trend in the Republic of Belarus to increase the incidence of syphilis (since 1998).

Keywords: primary period, hard chancre, MCI, antibiotic therapy.

Актуальность. Первичный период сифилиса начинается с появления твердого шанкра и длится от 5 до 12 недель, чаще 6-8 недель, т.е. до появления первых высыпаний вторичного периода. Клинически для первичного периода сифилиса характерен следующий симптомокомплекс: твердый шанкр (ТШ), регионарный лимфаденит, лимфангит, возможны и общие симптомы (небольшая лихорадка, недомогание, головная боль, повышенная утомляемость, снижение аппетита, бессонница и др.). В конце первичного периода у большинства больных формируется полиаденит [2,3,4].

Цель: изучить особенности клинических и серологических проявлений первичного периода сифилиса в годы начала снижения волны заболеваемости.

Материал и методы. Изучены первичные материалы (истории болезни и амбулаторные карты больных первичным сифилисом снятых с учёта в 2006-2015 годах), всего под наблюдением было 136 пациентов (99 муж и 37 жен) с первичным сифилисом в возрасте от 17 до 39 лет. Сняты с учёта после лечения и истечения срока диспансерного наблюдения 132 пациента (97 муж и 35 жен), а по другим причинам сняты 4 пациента (1 пациентка погибла в автомобильной аварии на втором году наблюдения, 1 – как разысканный и 2 – в связи с переводом в другое лечебное учреждение). Эти 4 пациента в дальнейшую разработку не включались.

Результаты и их обсуждение. Среди больных первичным сифилисом преобладали холостые и незамужние – 58,3 %, состояли в браке – 33,7 %, разведенные – 6,5 %, вдовцы и вдовы – 1,5 %. В социальном плане удельный вес работников госпредприятий и торговли составил 42,7 %, неработающих и необучающихся – 27,2 %, учащихся и студентов – 11,5 %, служащих – 7,8 %, индивидуальных предпринимателей и сотрудников фирм – 5,6 %, водителей городского и междугороднего транспорта – 5,2 %. Бытовым пьянством или хроническим алкоголизмом страдали 16,8 %.

Генитальная локализация твёрдых шанкров имела место у 127 пациентов (96,2 %). Экстрагенитальная локализация их была у 5 больных (ротовая полость, язык – у 2, анус и перианальная область – у 2, слизистая прямой кишки – у 1). Биполярные шанкры диагностированы у 2 человек (головка полового члена и

лобковая область – у 1, вторая фаланга третьего пальца правой кисти и множественные язвенные шанкры заголовочной борозды полового члена – у 1 пациента).

Одиночные шанкры отмечены у 70 больных (53,0 %), в том числе эрозивные шанкры – у 38, язвенные – у 32. Множественные шанкры были выявлены у 62 (47 %) пациентов, в том числе эрозивные – 36, язвенные – у 16, эрозивно-язвенные – у 10. Генитальные шанкры до 15 мм в диаметре были у 93,7 % больных, а от 16 до 44 мм в диаметре (гигантское) – у 6,3 %. Экстрагенитальные язвенные шанкры были у 3 из 5 пациентов, фимоз – у 5, парафимоз – у 2 мужчин. У 1 пациента был так называемый «шанкр-кондом», т.е. язвенный твердый шанкр сформировался в основании тела полового члена за фиксирующим кольцом презерватива с наличием двухстороннего пахового склераденита. Этот случай показывает, что половой акт с больной заразной формой сифилиса с использованием мужского презерватива не обеспечивает мужчине 100-процентной гарантированной защиты от сифилиса.

Уплотнение в основании шанкра зарегистрировано в историях болезни 97,6 % пациентов, а у 2,4 5 запись о наличии уплотнения в основании шанкра отсутствовала. Односторонний регионарный склераденит отмечен в историях болезни у 24,6 % пациентов, двухсторонний – у 73,5 %, а у 1,9% историй болезни не отмечено увеличение размеров регионарных лимфоузлов. Специфический лимфангит в виде плотноэластического тяжа на спинке полового члена зарегистрирован у 14 из 99 мужчин с первичным сифилисом (14,7 %).

Бледная трепонема в отделяемом шанкра определялась у 128 больных и была обнаружена при темнопольной микроскопии у 125 (97,7 %). МРП была положительной (2^+ - 4^+ , титр антител 1:2 – 1:8) при первом обращении у 65 % пациентов, РИФ-200 и РИФ-абс – у 88 % (2^+ - 4^+ , титр антител от 1:800 до 1:12800). Через 5-7 дней МРП, РИФ и ИФА были положительными у всех больных.

У ряда больных первичным сифилисом были выявлены сопутствующие ИППП: свежая гонорея – у 3, хроническая гонорея – у 2, трихомониаз – у 11, урогенитальный хламидиоз – у 5, урогенитальный микоплазмоз или уреа-плазмоз – у 8.

Пациенты получили следующее лечение. Амбулаторно ретарпен (4,8 млн ЕД плюс 2,4 млн ЕД через 7 дней) применен у 50 больных, бициллин-5 (1,5 млн ЕД внутримышечно 3 раза в неделю, всего 6 инъекций) – 48 пациентов. Стационарное лечение бензилпенициллином (по 1 млн ЕД в/м 4 раза в день в течение 14 дней) получили 18 больных, новокаиновой солью пенициллина по 600 000 ЕД в/м 2 раза в сутки в течение 10 суток – 16 пациентов. Эпителизация эрозивных шанкров произошла в среднем за $7,09 \pm 0,54$ дней, рубцевание язвенных шанкров – за $10,55 \pm 0,87$ дней, существенных различий в сроках разрешения шанкров при различных методиках лечения мы не отметили.

Среди 98 пациентов первичным сифилисом, получавших амбулаторное лечение ретарпеном или бициллином-5 негativaция КСР или РМП в течение 3-12 месяцев отмечена у всех больных. У лиц, получавших стационарное лечение бензилпенициллином по 1 млн ЕД 4 раза в сутки в течение 14 дней также отмечена негativaция КСР или РМП в течение 3-12 месяцев.

Из 16 больных, получавших стационарное лечение новокаиновой солью пенициллина в течение 10 дней, негативация КСР или МРП в течение 3-12 месяцев отмечена у 14, а у 2 пациенток они стали отрицательными в течение 15 месяцев.

Негативация РИФ-200 и РИФ-абс к концу второго года наблюдения отмечена у 55,7 % больных, а РПГА оставалась положительной у большинства (89,7 %) больных. Случаев серорезистентности, клинических или серологических рецидивов не зарегистрировано. Дополнительное лечение антибиотиками не было проведено ни одному пациенту с первичным сифилисом. Реинфекция произошла у 2 бывших больных первичным сифилисом спустя 19 и 31 месяц после окончания лечения.

Заключение. Эпителизация эрозивных шанкров произошла в среднем за $7,09 + 0,54$ дней, рубцевание язвенных шанкров - за $10,55 + 0,87$ дней, существенных различий в сроках разрешения шанкров при различных методиках лечения мы не отметили.

Среди 98 больных первичным сифилисом, получавших амбулаторное лечение ретарпеном или бициллином-5 негативация КСР или МРП в течение 3-12 месяцев отмечена у всех больных. У лиц, получавших стационарное лечение бензилпенициллином по 1 млн ЕД 4 раза в сутки в течение 14 дней также отмечена негативация КСР или МРП в течение 3-12 месяцев.

Из 16 больных, получавших стационарное лечение новокаиновой солью пенициллина в течение 10 дней, негативация КСР или МРП в течение 3-12 месяцев отмечена у 14, а у 2 пациенток они стали отрицательными в течение 15 месяцев. Негативация РИФ-200 и РИФ-абс к концу второго года наблюдения отмечена у 55,7 % больных, а РПГА оставалась положительной у большинства (89,7 %) больных.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликовано 3 статьи в сборниках материалов, 1 тезис докладов, получен 1 акт внедрения в образовательный процесс (кафедра кожных и венерических болезней), также работа была представлена на студенческих конференциях в Витебском государственном ордена Дружбы народов медицинском университете и Смоленском государственном медицинском университете.

М. А. Kotikova, Sapeshko E.Y
**PRIMARY SYPHILIS: CLINICAL-LABORATORY DIAGNOSIS,
TREATMENT**

*Tutors: Associate Professor V.G. Pankratov
Department of skin and venereal diseases
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Калугина, О.Р. Ранний манифестный сифилис: современная клиника первичного периода / О.Р. Калугина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – №6. – С. 44-48.
2. Потехаев, Н.С. Клиническое распознавание первичного сифилиса / Н.С. Потехаев // Вестник дерматологии и венерологии – 2002. – №4. – С.24-34.
3. Потехаев, Н.С. Клиническое распознавание первичного сифилиса / Н.С. Потехаев // Вестник дерматологии и венерологии – 2002. – №5. – С.25-33.
4. Прохоренков, В.И. Сифилис: иллюстрированное руководство / В.И. Прохоренков. – М: Мед.книга, 2002. – 230 с.