
АНАЛИЗ ОШИБОК ДИАГНОСТИКИ ВИСЦЕРАЛЬНОГО СИФИЛИСА (по материалам Смоленской области)

И.Е. Торшина

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии
Смоленская государственная медицинская академия Росздрова
ул. Крупской, 28, Смоленск, Россия, 214019

В статье представлены данные по анализу ошибок в диагностике висцерального сифилиса и описание редких клинических случаев из практики. Установлено, что мониторингирование случаев сифилиса внутренних органов с привлечением в экспертные группы врачей различных специальностей позволяет снизить частоту ошибок диагностики в 12,3 раза.

Ключевые слова: висцеральный сифилис, ошибки диагностики.

При сифилисе могут наблюдаться специфические поражения внутренних органов, преимущественно несущих наибольшую функциональную нагрузку (желудок, печень, сердце, легкие), что рассматривают как ранний висцеральный сифилис [2, 4]. Практика показывает, что знания врачей по симптоматике сифилиса недостаточны для своевременной его диагностики [1, 3, 5]. По нашим данным, установление диагноза висцерального сифилиса почти всегда сопряжено с диагностическими ошибками.

В Смоленской области за период с 1995 по 2008 г. ранний висцеральный сифилис был диагностирован у 68 больных: 37 мужчин (54,4%) и 31 женщины (45,6%). В возрастном составе заболевших преобладали лица 20—39 лет (78%) и горожане (75,4%). Нейросифилис диагностирован у 48 больных, в том числе с поражением органа зрения — у 32; органа слуха — у 6; в виде менингита и менингоэнцефалита — у 6; специфический тетрапарез установлен у 1 больной.

Поражение желудочно-кишечного тракта установлено у 23 больных, из них у 12 больных — сифилитический гастрит (гипертрофический или язвенный), у одной 15-летней больной — специфический энтерит, у 2 больных — сифилитический энтероколит, у 8 пациентов — сифилитический гепатит. У 75% больных были вторичные сифилиды на коже и слизистых, которые были «просмотрены» неврологами, окулистами, терапевтами, инфекционистами и онкологами, к которым эти пациенты обращались с жалобами, связанными с патологией внутренних органов и нервной системы. У 25% пациентов специфические высыпания на коже и видимых слизистых отсутствовали.

Специфическое поражение почек в виде нефрита и нефрозонофрита диагностировано у 4 больных. Поражение опорно-двигательного аппарата установлено у 2 пациентов, сифилитический миокардит — у одной 22-летней женщины, интерстициальная пневмония — у одной 37-летней пациентки. Одновременное поражение двух и более внутренних органов наблюдалось у 6 мужчин и 7 женщин.

Установлено, что число врачей смежных специальностей, к которым обратились больные висцеросифилисом до установления окончательного диагноза,

составило от 2 до 8; средняя продолжительность периода установления диагноза — $34,5 \pm 5,2$ суток.

В некоторых случаях изменения во внутренних органах и, в частности, поражения слизистой желудка могут сопровождаться воспалительно-дегенеративными процессами. Клиника сифилитического поражения желудка не имеет каких-либо специфических особенностей, поэтому может симулировать злокачественные новообразования и обуславливает трудность дифференциальной диагностики. Рентгенологическое, фиброгастроскопическое и даже гистопатологическое исследования не исключают возможности ошибки. Мы наблюдали больного, у которого необычный дебют заболевания был расценен терапевтом, а позже и онкологом, как «опухоль желудка».

Клиническое наблюдение. Больной Б., 30 лет, горожанин, женат, не работает. Впервые обратился к терапевту в поликлинику с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, общую слабость, снижение аппетита, резкое похудание в течение 1,5—2 месяцев на 17 кг. Несколько лет назад у больного была диагностирована язвенная болезнь желудка. Учитывая жалобы больного, анамнез и резкое похудание, участковый терапевт направил больного на обследование в онкодиспансер с диагнозом — «опухоль желудка?». Госпитализирован в онкологический стационар, где была проведена фиброгастроскопия желудка. Заключение: хроническая язва желудка в стадии обострения, периязвенный гастрит, очаговая дисплазия покровно-язочного эпителия II—III степени. Пациент был взят на диспансерный учет с диагнозом: инфильтративный рак желудка T4 NX M0, St III, кл. гр. II. При предоперационной подготовке в стационаре онкодиспансера результат реакции микропреципитации (РМП) на сифилис: 4+. В связи с положительной РМП на сифилис пациент был выписан из стационара и направлен в кожно-венерологический диспансер (КВД). На момент осмотра в КВД у пациента на венечной борозде полового члена справа выявлена одиночная эрозированная монетовидная папула застойно-синюшного цвета, безболезненная, с четкими границами в стадии эпителизации. Паховые лимфоузлы размером до мелкой фасоли с обеих сторон. Серологические реакции на сифилис резко положительны: РМП- 4+; РСК- 4+4+, титр 1 : 160; ИФА 4+. Из анамнеза: постоянная половая жизнь с женой в течение 8 лет. Пациент указал на случайную половую связь с незнакомой женщиной 7 мес. назад. Жена обследована в КВД, диагноз: вторичный сифилис с давностью заболевания до 6 месяцев, ей был проведен курс специфической терапии.

Таким образом, на основании анамнеза, клинических и лабораторных данных установлен диагноз: вторичный сифилис с давностью заболевания более 6 месяцев (рецидивный). Проведено специфическое лечение в амбулаторных условиях экстенциллином по 2,4 млн ЕД N 3 в сочетании с неспецифической терапией. На первые инъекции антибиотика — реакция Герксгеймера $38,5^{\circ}\text{C}$. По окончании терапии специфический процесс в области гениталий разрешился, РСК 4+4+ (титр 1 : 20). Субъективно — значительное улучшение общего состояния, прекращение болей в области эпигастрия. Повторное обследование в онкодиспансере: язвенный дефект зарубцевался, явлений гастрита нет. Окончательный диагноз: вторичный сифилис кожи и слизистых, сифилитический язвенный гастрит.

В данном случае имело место сочетание скудных сифилидов (одиночная гипертрофическая папула в области гениталий) и выраженной симптоматики спе-

цифического поражения желудка. Именно явления язвенного гастрита, симулировавшего опухоль желудка, побудили пациента обратиться за медицинской помощью к терапевту, позже — онкологу. Выявить специфическую природу поражения желудка позволило обязательное обследование стационарного больного на сифилис с постановкой отборочной РМП. Специфический процесс в области желудка носил функциональный характер, адекватная противосифилитическая терапия привела к регрессу явлений язвенного сифилитического гастрита с восстановлением массы тела больного в течение первых недель лечения.

Редким проявлением сифилиса является специфический нефрит — даже в условиях эпидемического неблагополучия в Смоленском регионе было выявлено 4 больных со специфическим поражением почек. Сложность диагностики сифилитического нефрита обусловлена необходимостью учитывать конфронтацию, характер течения заболевания, патогномичные признаки поражения почек, данные серологических тестов на сифилис и положительную динамику в ходе проведения специфической терапии.

Сифилитическая нефропатия протекает с симптомами доброкачественной протеинурии, липоидного нефроза или нефрита [2, 4].

Клиническое наблюдение. Больной Б., 54 лет. Холост. В анамнезе — 9 судимостей: в местах лишения свободы провел 40 лет. Злоупотребляет алкоголем и наркотиками. Обратился в КВД спустя 2 месяца после освобождения. Заболел остро — отметил появление язвочек в области гениталий, быстро нарастающих отеков конечностей. При поступлении: состояние средней степени тяжести, на фоне бледной кожи пустулезные сифилиды туловища, широкие кондиломы аногенитальной области, половой член в состоянии фимоза, резкий отек нижних конечностей и мошонки. На волосистой части головы гниды, на животе, в межпальцевых складках пятна, папулы, эскориации. В общем анализе мочи: белок — 3,3 г/л, лейкоциты — 20—40 в поле зрения, большое количество гиалиновых и зернистых цилиндров. В общем анализе крови — лей $8,6 \times 10^{12}/л$, СОЭ — 61 мм/час. При УЗИ — диффузные изменения паренхимы обеих почек. РСК на сифилис — 4+, 4+ (титр 1 : 40). Диагноз: вторичный сифилис кожи и слизистых с давностью заболевания более 6 месяцев (рецидивный). Ранний висцеральный сифилис — сифилитический нефроз. Четотка. Головной педикулез. В ходе специфической терапии отеки регрессировали на 18-е сутки, показатели общего анализа мочи в норме на 9-е сутки.

В рассматриваемой клинической ситуации диагностика сифилиса с классическими клиническими симптомами заболевания не вызывала сомнения (наличие пустулезных, папулезных сифилидов туловища, аногенитальной области) и подтверждалась убедительными серологическими данными. Трудности диагностики были вызваны симптомами поражения почек, обусловившими тяжесть общего состояния. Регресс симптоматики нефроза в ходе противосифилитической терапии подтвердил факт специфического характера поражения внутренних органов.

С учетом эпидемического неблагополучия врачи смежных специальностей при обследовании «неясных» больных должны иметь в виду возможность развития специфических поражений внутренних органов. С целью оперативной работы специалистов различных профилей в диагностике сифилиса в Смоленском

регионе была организована экспертная группа (ЭГ) по анализу несвоевременной диагностики и ошибок диагностики сифилиса. Работа ЭГ позволила в короткие сроки решать вопросы диагностики висцерального сифилиса и снизить частоту ошибок в 12,3 раза. В период эпидемического неблагополучия мониторинг случаев висцерального сифилиса является основой его своевременной диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Аствацатуров К.Р.* Ошибки в диагностике сифилиса. — М.: Медгиз, 1952. — 192 с.
- [2] *Коган-Ясный В.М.* Висцеральный сифилис. — Киев: Медиздат, 1939. — 554 с.
- [3] *Коробейникова Э.А., Зеленина О.И., Бажина Н.Р. и др.* Об ошибках в диагностике сифилиса // Вестн. дерматол. — 1986. — № 6. — С. 74—77.
- [4] *Скрипкин Ю.К.* Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей. В 4 т. — М.: Медицина, 1996. — Т. 4. — 352 с.
- [5] *Топоровский Л.М., Глебова Л.И.* Ошибки в диагностике сифилиса // Вестн. дерматол. — 1986. — № 10. — С. 75—76.

ANALYSIS OF DIAGNOSIS ERRORS OF VISCERASYPHILIS (according to the Smolensk region)

I.E. Torshina

Department of dermatology and course of cosmetology
Smolensk State Medical Academy
Krupskaya str., 28, Smolensk, Russia, 214019

The article presents data on the analysis of errors in the diagnosis of visceral syphilis and a description of the rare clinical cases from practice. Found that monitoring of cases of syphilis of internal organs with involvement in the expert group of physicians of various specialties, can reduce the frequency of diagnostic errors in 12,3 times.

Key words: visceral syphilis, diagnostic errors.