УДК: 616.5:616.972-07

**ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ПЕРВИННОГО СИФІЛІСУ В ПРАКТИЦІ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА**

*Чернікова Л.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Ключові слова:* *сифіліс, первинний період, діагностика, помилки*

Сифіліс є соціально значущою інфекцією з групи захворювань, що передаються статевим шляхом, і характеризується тривалим перебігом, системністю ураження, здатністю призводити до необоротних уражень внутрішніх органів і нервової системи, інвалідності та летальних наслідків. Високий рівень захворюваності на сифіліс, що спостерігається в останні роки, та клінічне різноманіття його проявів свідчать про безсумнівну актуальність проблеми і визначають контроль сифілітичної інфекції як пріоритетний напрямок в світовій охороні здоров'я [1-3].

Сифілітична інфекція за останні десятиліття зазнала істотний патоморфоз: більш м'який перебіг сифілісу без тяжких наслідків, які спостерігалися кілька десятиліть потому[4]. В останні роки горбиковий та гумозний сифіліс стали рідкістю як і тяжкі ураження ЦНС (гострий сифілітичний менінгіт, табетичний біль і кризи, табетична атрофія зорових нервів, маніакальна і ажитована форми прогресивного паралічу, артропатія), гуми кісток черепа і внутрішніх органів. Набагато рідше зустрічаються тяжкі ураження печінки, аневризма аорти, недостатність клапанів аорти тощо. Однак реєструються випадки захворювання поєднаного характеру - туберкульозу та сифілісу, сифілісу та ВІЛ - інфекції [4].

Одним із суттєвих питань сифілідології, що потребує особливої уваги, ретельного вивчення та відповідного ставлення, були і залишаються діагностичні помилки. Вони сприяють поширенню інфекції, розвитку тяжких, нерідко інвалідизуючих хворого уражень внутрішніх органів і нервової системи, ускладнюють можливість контролю епідеміологічної ситуації [2-7]. За даними літератури, частота діагностичних помилок при сифілісі становить близько 30% по відношенню до числа зареєстрованих хворих, причому більша частина (84,5-99,7%) припадає на ранні форми захворювання [5-8]. Найчастіше помилки роблять акушери-гінекологи (22,5-35,3%), терапевти (20-35,3%), дерматовенерологи (14-24%), що пояснюється більш частим звертанням хворих до цих фахівців. Особливо багато помилок допускається щодо хворих з екстрагенітальним розташуванням сифилідів, специфічними ураженнями внутрішніх органів і центральної нервової системи (ЦНС), наявністю інших інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) [3, 4-9].

Діагностичні помилки найчастіше пов'язані з недбало зібраними анамнезом, неповним або неуважним первинним оглядом, вузькопрофесійним підходом до хворого, недостатніми знанням клініки сифілісу, патоморфозу інфекції, відсутністю комплексної лабораторної діагностики. Відсутність ознак банального запалення, типовість клінічної картини, наявність регіонарного склерадениту повинні насторожити лікаря щодо сифілітичної інфекції. Питома вага діагностичних помилок вирогідно вище в групах хворих із значними відхиленнями від типового перебігу захворювання: з супутніми ІПСШ, дерматозами та екстрагенітальною локалізацією сифіломи [2, 5, 7, 9].

За даними літературних джерел, помилки в діагностиці первинного сифілісу частіше за інших фахівців допускають лікарі дерматовенерологи, хірурги, акушери-гінекологи, отоларингологи, стоматологи, які тривалий час лікують таких хворих з приводу травматичної ерозії, баланопостита, тріщини заднього проходу, ангіни, лімфаденіту тощо, застосовуючи антибіотики та хірургічні методи, що в значній мірі затушовує клінічну картину захворювання і ускладнює надалі діагностику. Питома вага помилок в діагностиці первинного сифілісу, які допущені хірургами, складе 56%, гінекологами, - 25%, дерматовенерологами, - 20%, стоматологами, - 11,6 %, отолярінгологами, - 8,3%, онкологами, - 6,6%, урологами, - 5%, дільничними лікарями, - 6,6%, проктологами, - 3,3%, терапевтами, - 1,5% [7, 9].

До дерматовенеролога хворі на первинний сифіліс найчастіше звертаються зі скаргами на висипання на статевих органах. За наявності у хворого твердого шанкру лікар помилково діагностує баланопостит, генітальн ий герпес, трихомонадну ерозію, коросту. Зазначені нозологічні форми за клінічною картиною відрізняються від первинної сифіломи.

Баланопостит протікає за типом гострого запалення. На тлі набряку, гіперемії статевого члену, внутрішнього листка крайньої плоті видно численні, хворобливі, неправильної форми ерозії, з дном кольору червоного м'яса, вкриті гнійними виділеннями. Ущільнення країв та дна ерозії не пальпується, немає й специфічного регіонарного аденіту [1-2,4-7].

При геніальному герпесі появі ерозій завжди передує висипання дрібних, завбільшки з шпилькову голівку, везикул, що супроводжується легкою печією і свербінням. Ерозії, що утворилися на місці везикул, характеризуються нерівними краями, відсутністю ущільнення у їх основі та регіонального аденіту. Нерідко в анамнезі хворі указують на подібні висипання в минулому.

У хворих на коросту часта локалізація специфічних елементів в області статевого члена (коростяна ектима) може нагадувати твердий шанкр. Відсутність ущільнення країв та дна ектими, регіонарного аденіту, виражений свербіж і характерні висипання на інших частинах тіла дозволяють правильно встановити діагноз [7, 9].

Трихомонадні, як і гонорейні, ерозії та виразки спостерігаються рідко. Виникають зазвичай у осіб з відповідною інфекцією. Як і інші форми баланопоститу, характеризуються симптомами гострого запалення: набряком, гіперемією. Ерозії і виразки неправильної форми, нерідко болючі, без ущільнення та регіонарного склерадениту [2,4,5].

Незважаючи на досить характерні відмінності твердого шанкру від вищенаведених ерозивно-виразкових уражень статевих органів, кожен хворий повинен бути ретельно лабораторно обстежений. Необхідно враховувати, що далеко не завжди при первинній сифіломі навіть досвідчений лікар може визначити характерне ущільнення та не у всіх хворих на первинний сифіліс спостерігається виражений аденіт.

Помилки дерматовенерологів в основному обумовлені їх недостатньою увагою до повноцінного обстеження хворих, результатів дослідження виділень ерозії або виразки, пунктата лімфатичних вузлів на бліду трепонему, серологічних реакцій крові, відсутністю диспансерного спостереження [9].

Тим часом необхідно враховувати, що у виділеннях шанкру, особливо інфікованого або що епітелізується, не завжди легко виявити бліду трепонему. Тому дослідження слід повторювати декілька разів після попереднього застосування примочок з ізотонічним розчином натрію хлориду, не застосовувати розчини антибіотиків та борної кислоти та ін. [8-11].

В останні роки діагноз первинного сифілісу часто не вдається підтвердити знаходженням блідих трепонем. Причиною цього є широке застосування медикаментів, зокрема антібіотиків, як за особистою ініціативою хворого, так і внаслідок помилкових рекомендацій лікарів. Утруднення виникають ще тоді, якщо хворий, перш ніж звернувся до лікаря, обробляв шанкр дезінфікувальними або припікальними засобами [7, 9,11].

Треба врахувати особливості клінічних проявів сифілісу у ВІЛ-інфікованих осіб: твердий шанкер ускладнюється гангренізацією та фагеденізмом.

Нерідко досить складною є діагностика сифілісу в гомосексуалістів. Це пояснюється частою можливістю екстрагенітальної локалізації твердого шанкеру та певними його морфологічними особливостями. Клінічними особливостями первинного періоду сифілісу в гомосексу­алістів є локалізація твердого шанкру в анальній ділянці, на слизовій обо­лонці ротової порожнини, червоній облямівці губ, язиці, а також на мигда­ликах. Анальні шанкри (переважно одиничні) мають щілиноподібну чи овальну форму, характеризуються болючістю й не завжди супроводжують­ся паховим склераденітом. Тверді шанкри на слизової оболонці ротової порожнини здебільшого супроводжуються регіонарним склераденітом. Недооцінення можливості розміщення твердого шанкру в анальній ділянці є однією з причин запізнілої діагностики сифілісу в гомосексу­алістів. У гомосексуалістів, найчастіше пасивних, можуть бути відсутні тверді шанкри на статевих органах. Тому важливо не пропустити екстрагенітальну первинну сифілому Тверді шанкери в ділянці ануса зазвичай розміщуються в зморшках та в ділянках анального каналу на відстані 1-2 см від зовнішнього сфінктера. Досить часто такі хворі звертаються до проктологів або хірургів, які помил­ково діагностують геморой.

Виходячи з вищевикладеного, лікар зобов'язаний при негативних результатах лабораторного обстеження хворих з ерозивно-виразковими ураженнями в області статевих органов і заднього проходу здійснювати клініко-серологічний контроль в КВД, а також ширше використовувати дані конфронтації.

При всій важливості максимально ранньої діагностики первинної сифі­ломи не можна розпочинати лікування без абсолютної впевненості в достовірності діагнозу, без його лабораторного підтвердження. У всіх підозрілих випадках за пацієнтом має бути встановлено диспансерне спос­тереження з обстеженням після виписування зі стаціонару (у зв'язку з регресом шкірних проявів і відсутністю лабораторних даних) один раз на два тижня протягом місяця й один раз на місяць - протягом наступних 3- 6 місяців (залежно від попередньої клінічної картини і даних анамнезу) [7, 8, 11,12].

Література:

1. Аковбян В. А. Сифилис. / В.А. Аковбян, В.И. Прохоренков, А.И. Новиков. М.: Медкнига, 2002. 300 с.

2. Аствацатуров К. Р. Сифилис, его диагностика и лечение: Руководство для врачей / К.Р. Аствацатуров. М.: Медицина, 1971. 432 с.

3. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006 // MMWR, 2006, vol. 55, 94 p.

4. Адаскевич В.П. Инфекции*,* передаваемые половым путем. / В.П. Адаскевич –М.-1999.- 413с

5. Скрипкин Ю.К. Клиническая дерматовенерология: учебное пособие/Ю.К.Скрипкин, Ю.С.Бутов. // М.: ГЭОТАР-Медиа 2009; ΙΙ: 8: 212-33.

6. Борисенко К.К. *Заболевания,* передаваемые половым путем. /К.К. Борисенко К. – М.:ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998.-122 с.

7. Айзятулов Р.Ф. Заболевания, передаваемые половым путем (етиология, клиника, диагностика, лечение)/*Р.*Ф. *Айзятулов* – Д., 2000.-384с.

8. Кубанова А. А. Разработка новой стратегии контроля над распространением инфекций, передаваемых половым путем, на территории Российской Федерации/ А.А. Кубанова, И.Н. Лесная, А.А. Кубанов // Вестник дерматологии и венерологии. 2009; 3: с. 4–12.

9. Мавлютова Г. И.Практические аспекты эволюции клинических маркеров сифилитической инфекции. Учебное пособие для врачей. // Мавлютова Г. И., Юсупова Л. А., Минуллин И. К*.-*Казань: Медок. 2013. 36 с.

10. Дмитриев Г. А. Сифилис: феномен, эволюция, новация. / Г.А. Дмитриев, О.В. Доля, Т.И. Васильева. М.: Бином, 2010. С. 367.

11. Фришман М. П. Ошибки в диагностике сифилиса./ *М.П.Фришман.* Киев: Здоровье, 1983. 136 с.

12. Чеботарев В. В*.* Сифилис./ В.В.Чеботарев. Ставрополь: Типография «Седьмое небо». 2010. С. 445.

**ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА**

*Черникова Л.И.*

*Харковский национальний медицинский университет*

***Резюме***. На современном этапе клиническое течение сифилиса имеет некоторые особенности. В статье рассматриваются вопросы наиболее частых диагностических ошибок первичного сифилиса в практике врача дерматовенеролога.

***Ключевые слова:*** *сифилис, первичный период, діагностика, ошибки*

**MISTAKES IN DIAGNOSTICS OF PRIMARY SYPHILIS IN PRACTICE OF DERMATOVENEREOLOGIST**

*Chernikova L.I.*

*Kharkiv National Medical University*

***Summary***. The are some peculiarities in the clinical course of syphilis nowadays. The article deals with the most frequent diagnostic mistakes of primary syphilis in the practice of a dermatovenereologist.

***Key words***: *syphilis, primary period, diagnostics, mistakes*