

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

616.5(061)

Д-36

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

Республиканский межведомственный сборник

ВЫПУСК II

3
ЗАПОРІЙСЬКИЙ
МЕДИНСТИТУТ
ВІБЛІОТЕКА

«Здоров'я», Киев — 1976

2245802
КОЛЛЕКТОРСЬКА
КАРТОЧКА
ЕКЗЕМПЛЯРА

2
8

9

В сборнике рассматриваются актуальные вопросы организации борьбы с венерическими и кожными болезнями, в частности диагностики, терапии и профилактики сифилиса и гонореи; обращается внимание на этиологию, патогенез, лечение таких распространенных заболеваний, как экзема, нейродерматозы, профессиональные дерматозы, дерматомикозы, пидермиты, псориаз, ретикулезы, коллагенозы, пузырчатка.

Рассчитан на научных работников и практических врачей: дермато-венерологов, акушеров-гинекологов, инфекционистов, эпидемиологов, хирургов, профпатологов, участковых врачей, а также организаторов здравоохранения.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ПРИ ХАРЬКОВСКОМ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ИНСТИТУТЕ
ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ:

М. В. Борзов, А. Я. Бранловский (отв. секретарь), Б. Т. Глухенький, Б. А. Задорожный (зам. отв. редактора), К. А. Калантаевская (зам. отв. редактора), Ю. С. Касько, С. Л. Козин, Г. Б. Нестеренко, И. И. Потоцкий, А. И. Пятикоп (отв. редактор), Н. А. Торсуев, М. П. Фришман, Г. С. Цераидис, А. К. Щербакова.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ЗАРАЗНЫХ ФОРМ СИФИЛИСА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

А. П. Базыка. Запорожский медицинский институт

Поскольку в литературе последних лет появляются сообщения о патоморфозе сифилиса (В. А. Рахманов и соавт., 1967; Т. В. Васильев и соавт., 1970; М. П. Фришман, 1971; Г. Р. Карсыбекова, Г. В. Рычкова, 1972; П. М. Зорин, 1974, и др.), мы провели анализ историй болезни наблюдавшихся в последние 8 лет 534 больных первичным и вторичным сифилисом (309 мужчин и 225 женщин в возрасте от 3 до 72 лет, но преимущественно от 20 до 40 лет). Первичный серонегативный сифилис был диагностирован у 51 больного, первичный серопозитивный — у 155, вторичный свежий — у 122, вторичный рецидивный — у 206.

Продолжительность инкубационного периода удалось установить у 212 больных первичным и вторичным сифилисом в незапущенной форме. Он колебался от 12 до 81 дня (чаще всего в пределах от 20 до 45 дней), составляя в среднем 34,5 дня, то есть на 10—13 дней больше средней продолжительности инкубационного периода сифилиса в довоенные и первые послевоенные годы (С. Т. Павлов, 1959; Ф. Н. Гринчар, С. П. Архангельский, 1959, и др.). Удлинение инкубационного периода А. Н. Гурьев (1947), Н. С. Драпкин (1949), В. А. Рахманов и соавт. (1967) объясняют отчасти приемом пенициллина по поводу возникших в это время других заболеваний, в частности гонорей. Среди наблюдавшихся нами больных с продолжительностью инкубационного периода, превышавшей 35 дней, 26 лечились в первые недели после инфицирования пенициллином и другими антибиотиками в сравнительно небольших дозах, а 30 больных не принимали этих препаратов. Значительное удлинение инкубационного периода у последних, по-видимому, связано с изменением реактивности организма больного и биологической активности бледной трепонемы.

Первичная сифилома в большинстве наблюдений первичного и вторичного свежего сифилиса (58,6%) была одиночной, в 41,4% — множественной, в 53,5% — язвенной, в 37,1% — эрозивной, в 9,9% — смешанной. В последнее время наблюдается определенная тенденция к уменьшению относительной частоты эрозивных сифилом и увеличению язвенных, что, мы полагаем, связано с состоянием общего здоровья заболевших. Среди таких больных преобладали лица с хронической алкогольной интоксикацией, ведущие беспорядочную жизнь. Несомненно, большую роль играет и недостаточная санитарная грамотность, невнимание к своему

здоровью, самолечение прижигающими и разрушающими средствами, а также поздняя обращаемость за медицинской помощью.

Уплотнение в основании первичной сифиломы в большинстве наблюдений было отчетливо пластинчатым или едва уловимым листовидным, значительно реже — узелковым, а у 6 больных уплотнения в основании эрозивных и язвенных сифилом не было. Первичные сифиломы у большинства заболевших наблюдались на половых органах: у мужчин на внутреннем листке крайней плоти, в области уздечки, венечной борозды и головки полового члена, а у женщин — на малых и больших половых губах и в области задней комиссуры. Экстрагенитальные шанкры у 15 больных локализовались в полости рта (4 на миндалинах, 1 — на языке и 1 — на щеке), на указательном пальце (шанкр-панариций у врача-венеролога), на животе (1), в бедренно-ягодичной складке (1) и в перианальных складках (щелевидные резко болезненные шанкры у 5 женщин и у 1 мужчины). Первичные сифиломы в виде индуративного отека отмечены у 2 женщин в области больших половых губ и у 2 мужчин на крайней плоти. У 22 мужчин первичная сифилома была осложнена фимозом, у 2 — парафимозом, у 21 — баланопоститом, у 3 — гангренизацией.

Регионарный склераденит был отчетливо выражен при локализации первичной сифиломы на гениталиях и в полости рта, причем у 84 больных он был односторонним, у 214 — двусторонним с вовлечением многих лимфатических узлов. Однако в 5% наблюдений с трудом определялся лишь один увеличенный узел, а у 3 больных с первичной сифиломой на гениталиях, существовавшей 10—20 дней, регионарный склераденит отсутствовал. Полиаденит выявлен приблизительно у $\frac{1}{10}$ части больных первичным серонегативным сифилисом, у $\frac{1}{2}$ — первичным серопозитивным и у подавляющего большинства больных вторичным сифилисом. Преобладало увеличение паховых лимфатических узлов, затем в убывающем порядке подмышечных, шейных, кубитальных. У 4% больных вторичным сифилисом полиаденит не определялся, тогда как Д. А. Чочуа (1957) не обнаружил его у 25% больных, а В. С. Крылова (1948) — у 78%.

Проявление вторичных высыпаний сифилиса на коже и слизистых оболочках характеризовалось известным полиморфизмом. У большинства больных свежим сифилисом на туловище отмечалась обильная розеола, которая у 2 больных захватила даже ладони и подошвы, у 3 была склонной к слиянию, у 5 — к группировке, у 3 — была очень скудной, наконец, у 1 — крупнопятнистой. Только в 44 из 122 наблюдений розеола сочеталась с многочисленными лентиккулярными папулами на туловище и конечностях, либо с лентиккулярными или нуммулярными папулами в области

половых органов. Изолированная папулезная сыпь наблюдалась у 35 больных вторичным свежим сифилисом: у 5 из них были лихеноидные, а у остальных — лентикулярные рассеянные папулы на туловище и гениталиях. У 26 больных многочисленные лентикулярные папулы располагались на ладонях и у 23 — на подошвах (симметрично), причем у 2 из них они были единственным проявлением сыпи вторичного периода.

Совершенно необычными для вторичного свежего сифилиса были гипертрофические папулы у ануса и на мошонке у мужчины с обильной мелкопятнистой розеолой и лентикулярными папулами на туловище, у которого был типичный твердый шанкр на крайней плоти и регионарный паховый склероденит. Хотя достоверно исключить суперинфекцию в этом случае очень сложно, появление широких кондилом одновременно с розеолой через 6—7 недель после возникновения язвы на половом члене позволило нам рассматривать их как необычное проявление вторичного свежего сифилиса у больного с ослабленным в результате хронического алкоголизма общим состоянием здоровья.

Импетигоподобная сыпь наблюдалась у 1 больной вторичным свежим сифилисом, диффузная алоpecia — у 1, эритематозная ангина — у 4 и папулы на слизистой оболочке полости рта — у 5.

При вторичном рецидивном сифилисе изолированная розеола наблюдалась у 6 из 206 больных, а в сочетании с другими сифидами — у 57. У большинства из них отмечены немногочисленные крупные или кольцевидные пятна, сгруппированные на боковых поверхностях груди, но у 16 была обильная мелкопятнистая и у 2 — уртикарная розеола, более характерная для вторичного свежего сифилиса. Папулы, отмеченные у 91,7% больных, локализовались на туловище и конечностях, но больше всего на гениталиях (лентикулярные и нуммулярные мокнувшие эрозивные папулы, а у 34 больных — широкие кондиломы). У 78 больных папулы располагались на ладонях и подошвах, причем у 17 они были единственным проявлением сифилиса. У 38 человек наблюдались папулы на слизистой оболочке полости рта.

Пустулезный сифилид диагностирован у 6 больных, везикулезный — у 2, лейкодерма — у 8, алоpecia — у 28, причем у 3 лейкодерма и у 5 алоpecia были единственным проявлением вторичного рецидивного сифилиса, что создавало диагностические трудности. Патология ликвора установлена у 67,8% больных вторичным рецидивным сифилисом, у 42% — вторичным свежим, у 31,1% — первичным серопозитивным и у 18% — первичным серонегативным сифилисом.

Классические серологические реакции (КСР) крови становились положительными сравнительно в ранние сроки: у 50% больных первичным сифилисом — к концу 1-й недели после появления

твердого шанкра, у 80% — в течение 2—3-й недели, у остальных — в течение 4-й недели. Во вторичном периоде КСР, как правило, были положительными. Только у 2 больных рецидивным сифилисом (0,9% к общему числу) они оказались отрицательными, причем у одного из них перешли в положительные на 5-й день пенициллинотерапии, у другого — на 7-й день. Неожиданными были отрицательные КСР у больного вторичным свежим сифилисом, ставшие положительными лишь на 13-й день после появления многочисленных папул. Этот больной в течение первых 5 дней после появления твердого шанкра принимал тетрацилин.

Таким образом, клинические проявления и течение заразных форм сифилиса в общих чертах соответствовали классической схеме. В то же время выявлены некоторые необычные черты в течении сифилиса на современном этапе, изучить которые очень важно для правильной интерпретации результатов объективного исследования, своевременной постановки диагноза, оценки эпидемиологической ситуации и т. п. В качестве таких особенностей следует назвать удлинение инкубационного периода, сравнительную частоту язвенных, множественных и экстрагенитальных шанкров как у женщин, так и у мужчин, нередко слабо выраженное листовидное уплотнение в основании шанкров, а иногда отсутствие индурации и регионарного склераденита. Кроме того, заслуживает внимания стирание грани между вторичным свежим и рецидивным сифилисом, наличие изолированной папулезной сыпи на ладонях и подошвах, сравнительно ранняя позитивация КСР при первичном сифилисе, высокая частота ликворной патологии не только при вторичном рецидивном, но и при первичном серонегативном сифилисе.

Это свидетельствует о необходимости соблюдения осторожности при клинической и лабораторной диагностике сифилиса в настоящее время, при установлении сроков заражения, решении вопроса об источнике инфекции, особенно у больных, принимавших любые антибиотики после инфицирования, а также при выборе метода лечения.

Захарова Т. И., Юхновская Г. Н., Бондаренко О. Н. Иммуноотерания больных микроспорией	57
Пацаренюк О. В., Тищенко Е. И., Палий Г. К., Касько Ю. С. Декаметоксин при лечении грибковых заболеваний кожи	60
Заварова Т. Ф. Роль микозов стоп в развитии аллергических заболеваний кожи	63
Захарова Т. И., Островский В. Н. Лечение больных микозами стоп, одновременно страдающих другими дерматозами	65

Венерические болезни

Задорожный Б. А., Кузнецов И. Д., Петров Б. Р. Некоторые причины возникновения вторичного рецидивного сифилиса	69
Базыка А. П. Некоторые особенности клиники и течения заразных форм сифилиса в настоящее время	72
Фришман М. П., Брон Б. З., Наконечный З. С., Мельниченко А. И., Маюйленко С. М., Казановский А. М., Кустов К. П., Родь О. И., Попушой Ю. В., Поляков Б. В. Лечение больных вторичным рецидивным сифилисом	76
Терлецкий В. Б., Щупенько Н. М. Осложнения при одновременном лечении больных заразными формами сифилиса бициллином-3 и препаратами висмута	79
Милявский А. И., Терехов Э. И., Ломакин А. Г. Гематологические показатели при реакции обострения Яриша — Герксгеймера	81
Фришман М. П., Брон Б. З., Никольская Е. П., Тацкая Л. С., Дунаевская В. О. Особенности эпидемиологии и клинического течения скрытого сифилиса в настоящее время	85
Цераиди Н. Ф. Тест лимфобластической трансформации у больных ранним скрытым сифилисом в процессе лечения	89
Дунаева Г. А. Специфические изменения нервной системы у больных заразными формами сифилиса в настоящее время	91
Дунаева Г. А., Мадиевская Н. Н. Ультрафиолетовая абсорбционная спектрофотометрия спинномозговой жидкости больных сифилисом	95
Сметанин Ю. В. Выживаемость бледных трепонем в крови, консервированной гемоконсервантом 7 ⁶ ЦОЛИПК	98
Козин С. Л., Путевская Т. И., Кислякова Л. Н., Коротеева В. А. Клональный состав гонококковых штаммов и его связь с клиническим течением гонорей	101
Путевская Т. И., Кислякова Л. Н. Некоторые биологические свойства отдельных клонов гонококка	104
Мавров И. И. Неспецифические показатели иммунитета у больных с постгонорейными поражениями	106
Кравченко В. Г. Реактивность организма и торпидное течение гонорей	109
Боровский А. В. О медицинской документации АСУ в отношении диспансеризации больных сифилисом и определения их половых контактов	111
Рефераты	116