

© А. И. ДРОНОВ, В. Н. РЫБКА, Е. Р. ДЕНЕКА, А. А. СКОМАРОВСКИЙ, Ю. И. СОТНИК

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца
Киевский городской центр хирургии печени, желчных протоков и поджелудочной железы им. профессора В. С. Земскова

Серонегативное течение висцерального сифилиса у хирургических больных

A. I. DRONOV, V. N. RYBKA, E. R. DENEKA, A. A. SKOMAROVSKIY, YU. I. SOTNYK

National Medical University by A. A. Bohomolets
Kyiv City Center of Liver, Bile Ducts and Pancreas Surgery named after W. S. Zemskov

SURGICAL CASES OF SERONEGATIVE SYPHILIS

Висцеральный сифилис диагностируют при жизни лишь у 10 % пациентов. Критерии интраоперационной диагностики висцерального сифилиса требуют дальнейшего изучения, поскольку ни макроскопическая оценка поражения, ни морфологическая диагностика не позволяют достоверно верифицировать диагноз.

Rate of life time diagnosed of Visceral siphylis is only 10 % of all cases. Intraoperative criteria require further studies, because, neither macroscopic evaluation of lesions, no macromorphological evidences don't give enough data for diagnosis.

Сифилис – одно из наиболее широко распространенных венерических заболеваний. По данным ВОЗ, ежегодно в мире сифилисом заболевает около 12 млн человек.

В структуре заболеваемости сифилисом значительный удельный вес составляют скрытые формы – от 20 до 40 % [2, 15]. За последние несколько лет его процент среди всей заболеваемости сифилисом вырос и составляет примерно 50 %. Несмотря на снижение заболеваемости сифилисом населения Украины в целом, количество случаев позднего и неуточненного сифилиса возрастает [7, 9].

В настоящее время поздний висцеральный сифилис превалирует над другими формами позднего сифилиса. На первое место по частоте поражения вышла сердечно-сосудистая система (35,5 %) [4, 6, 11]. По данным различных авторов, в 90–94 % случаях диагностируют кардиоваскулярный сифилис, в 4–6 % – поражения печени, и 1–2 % специфической патологии приходится на остальные органы и ткани [3, 5, 14].

Постановку диагноза “третичный висцеральный сифилис” нередко затрудняют отсутствие указаний на сифилис в анамнезе, отрицательные стандартные серологические реакции (20–50 % случаев), а при активном висцеральном сифилисе даже РИФ и РИБТ не всегда положительны. Диагноз висцерального сифилиса удается установить при жизни лишь у 10 % пациентов [9, 17, 13].

В хирургическом лечении висцерального сифилиса верификацию диагноза и выбор этиопатогенетически обоснованной тактики лечения определяют прежде всего макроскопической оценкой пораженного органа, результатом серологических реакций, а также анамнестическими данными. При постановке диагноза необходимо учитывать, что у больных поздним висцеральным сифилисом одновременно поражаются несколько внутренних органов и систем [1, 16, 11].

Описание клинических случаев

В нашей клинике за период с 2004 по 2015 г. были прооперированы 2 больных с сифилитическим поражением внутренних органов.

В первом случае больной К., 1949 г. р., поступил в хирургическое отделение КГКБ № 10 в 2004 г. в плановом порядке с жалобами на тупые боли в левом подреберье, общую слабость, повышение температуры тела до 38–39 °С. Больным считает себя около 3-х лет, когда отметил вышеуказанные жалобы, а также потерю массы тела.

Диагноз при поступлении: “Хронический панкреатит?” “Хронический гепатит?” “Абсцесс брюшной полости?”.

Лабораторные данные при поступлении: RW – негативная; эр. – $3,3 \times 10^{12}$; лейкоциты $7,4 \times 10^9$; Hb – 90 г/л; билирубин – 9 ммоль/л; АлАТ – 0,41; АсАТ – 0,81; мочевины – 5,4; азот мочевины – 2,5; общий белок – 52,9 г/л.

Интраоперационно установлен диагноз: “Опухоль желудка с врастанием в левую долю печени, диафрагму, поперечно-ободочную кишку, хвост поджелудочной железы. Хронический фиброзно-дегенеративный панкреатит. Тубулярный стеноз холедоха. Протоковая гипертензия. Хронический гепатит. Спаечная болезнь брюшины.

Выполнена операция: моноблочное удаление опухоли. Гастрэктомия (с формированием эзофагоэнтоанастомоза по Цацаниди). Дистальная резекция поджелудочной железы. Спленэктомия. Левосторонняя гемиколэктомия. Холецистэктомия с наружным дренированием холедоха по Пиковскому. Холедоходуоденостомия. Резекция левого купола диафрагмы. Санация и дренирование брюшной полости.

Интраоперационно была выполнена гастродуоденоскопия, при которой выявлена инвазия опухолевого процесса желудка в области перехода дна желудка на большую кривизну.

Макропрепарат: в области тела и дна желудка определяют образование (7×8 см), каменистой плотности с очагами распада и некроза, которое врастает в диафрагму (4×6 см), левую долю печени (3×3 см), с инвазией в хвост поджелудочной железы (с микроабсцессами), а также в стенки селезеночного угла толстой кишки. Селезенка – 14×8×6 см с гиалинозом.

Гистологическое заключение: “Lues ventriculi. Специфический пангастрит, перигастрит, вторичный холецистит”.

Морфологическая интерпретация интраоперационной биопсии измененной поджелудочной железы констатировала наличие соединительной ткани с воспалительно-клеточной инфильтрацией, а биоптат стенки желудка представлен соединительной тканью с признаками хронического гранулематозного воспаления и наличием единичных многоядерных клеток.

Серологическая диагностика: РИФ, РИБТ, повторная RW – отрицательны.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Дальнейшее течение без особенностей, выписан в удовлетворительном состоянии.

Во втором случае пациент В., 1982 г. р., поступил в хирургическое отделение КГКБ № 10 в 2015 г. в ургентном порядке с аналогичными жалобами. За 2 месяца до поступления находился на лечении в хирургическом стационаре по поводу острого панкреатита, эритематозного гастродуоденита (высыпка на руках). Со слов больного: перенес вирусный гепатит А в 1995 г. Туберкулез, венерические заболевания отрицает.

Диагноз при поступлении: “Острый бескаменный холецистит”.

Данные лабораторных анализов при поступлении: RW – отриц.; билирубин: 21 – общий, 3 – прямой, 18 – непрямой; АлАТ – 0,5 ммоль/л; АсАТ – 0,375 ммоль/л; мочевины – 3,6 ммоль/л; глюкоза – 4,8 ммоль/л; Hb – 134 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$.

Интраоперационно установлен диагноз: “Рак желчного пузыря $T_4N_xM_0$, ст. III, кл. гр. II. Инвазия опухоли в антральный отдел желудка, брыжейку толстой кишки и ее сосуды. Перивезикальный абсцесс”.

Выполнена операция по моноблочному удалению опухоли: резекция желудка по Бильрот-II, правосторонняя гемиколэктомия, холецистэктомия, атипичная резекция IV–V сегментов печени, атипичная резекция части поджелудочной железы; ДБП.

Макропрепарат. Органоконекс: часть печени, 1/3 часть желудка – на разрезе в участке инвазии опухоли стенка утолщена, серого цвета, плотной консистенции. Правая половина ободочной кишки – стенка на разрезе до 1,5 см, утолщена, серого цвета, каменистой плотности; желчный пузырь – Susp. Cr.

Гистологическое заключение: “Во всех исследуемых органах и тканях хроническое гранулематозное воспаление с формированием неказеозных гранулём, васкулиты, очаги плазмоцитарной инфильтрации и диффузный склероз, что характерно для хронического атрофического панкреатита, парапанкреатита, хронического гранулематозного гепатита с формированием цирроза, хронического холецистита с перивезикальным абсцессом и хронического пангастрита, хронического дуоденита, хронического аппендицита, хронического оментита, хронического лимфаденита. Учитывая системность и особенности морфологических изменений, последние могут свидетельствовать в пользу Lues инфекции, что требует серологического уточнения”.

Серологическая диагностика: РИФ, РИБТ, повторная RW – отрицательны.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Дальнейшее течение без особенностей, выписан в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение. Поздний сифилис при его выявлении практически в 1/3 случаев представлен висцеральными формами [5, 14]. Эта цифра неуклонно растет с каждым годом, несмотря на предпринимаемые меры лечения [2, 17].

Поздний скрытый висцеральный сифилис обнаруживается у тех, кто, как правило, был инфицирован трепонемой два и более года на-

зад, при отсутствии клинических проявлений, и с отрицательными серологическими исследованиями крови [7, 10, 16]. Больные поздней формой практически не контагиозны в аспекте распространения заболевания, период их болезни длится обычно долгие годы, и в 99 % случаев поздние формы выявляются случайно. Последствия висцеральных поражений чаще всего необратимые [14].

Учитывая анализ данных доступной нам литературы и собственный клинический опыт, критерии интраоперационной диагностики висце-

рального сифилиса требуют дальнейшего изучения, поскольку ни макроскопическая оценка поражения, ни морфологическая диагностика не позволяют достоверно верифицировать диагноз. При подозрении на поздний висцеральный сифилис в диагностический алгоритм необходимо включить: темнопольную микроскопию соскоба с кожи и слизистых оболочек, ПЦР-диагностику, что применяется для подтверждения диагноза при отрицательной серологии, при возможном серонегативном варианте течения заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мавров Г. И. Медицинские и социальные аспекты эпидемии венерических болезней / Г. И. Мавров. Журнал дерматологии и венерологии. – 2000. – № 2. – С. 62–68.
2. Похоренков В. И. Скрытый сифилис: современное состояние проблемы / В. И. Похоренков, С. Н. Шергин, Ю. В. Карачева // ИППП. – 2000. – № 1. – С. 9–15.
3. Мавров И. И. Половые болезни / И. И. Мавров. – Х. : Факт, 2002. – С. 273.
4. Бабюк И. А. Система нравственно-полового воспитания молодежи как новый этап в профилактике ВИЧ-инфекции и других венерических болезней / И. А. Бабюк // Дерматологія та венерологія. – 2001. – № 3 (13). – С. 67–70.
5. Аравийская Е. Р. Клинические и поведенческие особенности больных сифилисом с различным количеством половых партнеров / Е. Р. Аравийская, Е. В. Соколовский // ИППП. – 2000. – № 2. – С. 26–32.
6. Тацкая Л. С. Серологическая диагностика сифилиса: новые подходы к решению старых проблем / Л. С. Тацкая // Дерматологія та венерологія. – 2003. – № 3 (12). – С. 61–62.
7. Мавров Г. И. Ультраструктурные изменения нервной и сосудистой тканей дермы у больных ранними формами сифилиса / Г. И. Мавров, Г. П. Чинов // Журнал дерматологии и венерологии. – 2000. – № 1 (9). – С. – 11–16.
8. Юлдашев К. А. Изучение функции желудка с помощью эзофагогастроуденофиброскопии у больных сифилисом в зависимости от формы заболевания / К. А. Юлдашев, Ш. Т. Мухтарова // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002. – № 4 (7). – С. 72–73.
9. Влияние скрытого раннего сифилиса и противосифилитической терапии на показатели тиреоидного статуса организма больных / Е. Р. Курамшина, А. Ж. Гильманов, 3. Р. Хисматуллина, Т. У. Гафаров : тезисы научных работ I Российского конгресса дерматовенерологов. – М., 2003. – Т. 2. – С. 60.
10. Мавров Г. И. Влияние сифилиса на течение беременности и внутриутробное развитие плода / Г. И. Мавров, Т. В. Губенко // Дерматологія та венерологія. – 2002. – № 4 (18). – С. 41–43.
11. Принципи етіотропного лікування сифілісу / Г. І. Мавров, М. М. Мамедлі, Т. В. Губенко [та ін.] // Ліки. – 1998. – № 4. – С. 54–58.
12. Итоги 5-летнего использования в лечении больных сифилисом азитромицина и бензатин-бензилпеницилина: достижения и нерешенные проблемы / В. В. Чеботарев, Н. В. Павлик, Н. В. Беляева, М. А. Земцов // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 1999. – № 3. – С. 51–57.
13. Брейтман М. Я. Висцеральный сифилис : пособие для врачей и студентов / М. Я. Брейтман, Ф. О. Гаусман. – К., 1939. – 552 с.
14. Rothstein R. J. Syphilis and pelvic inflammatory disease / R. J. Rothstein, G. L. Sternbach, P. Rosen // JACEP. – 1978. – Vol. 7, № 3. – P. 93–95.
15. Schultz T. Not a fall – not abuse – not a rare finding? / T. Schultz // Unfallchirurg. – 2008. – Vol. III, № 4. – P. 260–263.
16. Rates of sexually transmitted diseases among patients in a psychiatric emergency service / B. T. Sitzman, E. A. Jr. Burch, L. S. Bartlett, G. Urrutia // Psy-chiatr. Serv. – 1995. – Vol. 46, № 2. – P. 136–140.
17. Pons P. T. Images in emergency medicine. Secondary syphilis with Jarisch-Herxheimer reaction / P. T. Pons // Ann. Emerg. Med. – 2004. – Vol.43, № 1. – P. 136–147.

Получено 20.01.16