

КОРОТКИ ПОВІДОМЛЕННЯ

2. Маколенко К.К., Єлоєва З.В., Манжела Л.Я. Особливості діагностики доброякісного лімфоретикульозу в дітей // Важливі зоонози. – Тернопіль, 2000. – С. 84-85.

3. Слученкова Л.Д. Бартонеллезная инфекция – доброкачественный лимфоретикульоз (болезнь кошачьей царапины) у детей // Педиатрия. – 2000. – № 6. – С. 42-46.

4. Ledina D., Rincic J., Ivic I. et al. A child with bartonella henselae osteomyelitis of the right humerus // Acta Dermatovenereol. Croat. – 2004. – V. 12. – P. 92-97.

5. Поляков В.И., Алексеевских Ю.Т., Воробьева М.Л. Фелиноз (лимфоретикульоз доброкачественный) // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1998. – № 1. – С. 51-53.

© Колектив авторів, 2005.
УДК 616,972-06:616,1/4+616,8

В.І. Савчак, О.І. Хара, Є.І. Китай, М.Т. Ковальчук, Г.О. Хара

УРАЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ, НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ТА ОРГАНІВ ЧУТТІВ СИФІЛІТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Як і при інших хворобах, впродовж останніх десятиліть зміни патоморфозу торкнулися і сифілітичної інфекції. Поряд із типовими симптомами частіше спостерігають атипові форми, почастишали також ураження в ранніх періодах сифілісу центральної нервової системи, внутрішніх органів, органів чуттів. І часто такі ураження на час обстеження хворих не супроводжуються ураженнями шкіри чи слизових оболонок, доступних для візуального спостереження, що утруднює діагностику. В окремих випадках ці дані можна отримати в процесі цілеспрямованого збирання статевого анамнезу, а в більшості питання з'ясовується після отримання позитивних результатів серологічних реакцій (RW, РІФ, РІБТ) чи орієнтовних реакцій (мікрореакція) з подальшим дообстеженням.

Можливими причинами такої ситуації називають зниження загальної імунної реактивності організму, несприятливий вплив довкілля, часте вживання трепонемоцидних антибіотиків у дозах, не достатніх для ліквідації сифілітичної інфекції (пеніциліни, цефалоспорины, тетрацикліни, еритроміцин тощо).

Впродовж останніх років автори спостерігали декількох таких хворих.

Наводимо спостереження.

Хворий Б., 22 роки, переведений з хірургічного відділення у зв'язку з виявленою позитивною реакцією Вассермана. Вважав себе хворим впродовж місяця, коли відчув тяжкість і болі в епігастрії, зниження апетиту, з'явилися нудота, блювання. Обстежений терапевтом і хірургом. Діагноз: панкреатит (?), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (?).

Направлений в хірургічне відділення обласної лікарні, де всебічно обстежений (гастроскопія, рентгенографія шлунка, двічі гастробіопсія не підтвердили наявність злоякісної пухлини). Була діагностована виразкова хвороба шлунка. Запро-

понована операція, від якої хворий відмовився. Після отримання позитивного результату реакції Вассермана переведений в обласний шкірно-венерологічний диспансер. Загальний стан хворого не порушений. При об'єктивному обстеженні виявлена болючість при пальпації в епігастральній ділянці; розеоли, переважно на шкірі бокових поверхонь тулуба; поодинокі папули на шкірі статевого члена – щільні, негостро запального характеру з бурим відтінком і незначним луценням на поверхні, дрібновогнищеве випадання волосся в тім'яній ділянці і на скронях. Реакція Вассермана позитивна (титр 1:320). З анамнезу з'ясовано, що 5 міс. тому після випадкового статевого контакту була «ранка» на статевому члені, яка сама загоїлася, не лікувалася. Поставлено діагноз: вторинний рецидивний сифіліс, розеола тулуба, сифілітичні папули статевого члена, сифілітична дрібновогнищєва алопеція, сифілітичний ерозивний гастрит. Через тиждень після початку специфічної терапії пеніциліном усі симптоми гастриту зникли. Контрольне обстеження після закінчення лікування показало відсутність патологічних змін слизової оболонки шлунка.

Хворий К., 33 роки, лікувався з діагнозом кровоточивої виразки шлунка в терапевтичному стаціонарі безрезультатно. Після виявлення позитивної реакції Вассермана переведений у венерологічне відділення з діагнозом: ранній латентний сифіліс, ерозивний сифілітичний гастрит. Через тиждень після початку специфічної терапії всі симптоми гастриту зникли. Обстежений через 6 міс., здоровий.

Сифілітичні ураження шлунка можуть траплятись у будь-якому періоді сифілісу, проявлятись у вигляді специфічного гастриту, виразки шлунка і навіть симулювати злоякісні пухлини. Вони не мають якихось специфічних симптомів. У хворих на сифілітичний гастрит («ранній гастросифіліс») можуть спостерігатись втрата апетиту, печія, нудота, блювання, болі в

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

ділянці шлунка, швидка втрата маси тіла, зниження кислотності шлункового соку, збільшена ШОЕ, позитивна реакція на приховану кров у калі, домішки свіжої крові у блювотинні. На слизовій і підслизовій оболонках шлунка у вторинному періоді сифілісу може з'являтися плямиста і папульозна висипка, яка може дуже швидко перетворюватись в ерозії або виразки, що й обумовлює розвиток названих симптомів. Відповідний анамнез, наявність специфічної сифілітичної висипки на шкірі та слизових оболонках повинні спонукати до думки про одночасну наявність специфічного ураження шлунка, коли у хворого спостерігають перелічені вище симптоми. Гастроскопія і рентгенологічне дослідження можуть підтвердити наявність патологічних змін на слизовій оболонці шлунка, але не вирішують питання про сифілітичну етіологію цих змін. Гастробіопсія може виключити злоякісний характер ураження. Позитивні серологічні реакції вказують на великий відсоток вірогідності специфічного ураження. Швидкий регрес усіх суб'єктивних і об'єктивних симптомів хвороби під впливом специфічної терапії є вагомим доказом сифілітичної природи патології. Прогноз при ранньому сифілітичному ураженні шлунка сприятливий, під впливом специфічної терапії усі симптоми повністю регресують.

Хворий П., 40 років, переведений з неврологічного відділення з діагнозом базальний арахноенцефаліт з дienceфальними кризами (емоційно лабільний, тремтіння тіла, рук, повік, мова дизартрична, почерк змінений). Реакція Вассермана позитивна (++++), титр 1:160. Отже, зазначена неврологічна патологія була спричинена сифілітичною інфекцією, додатковим свідченням чого був вражаючий позитивний ефект пеніцилінотерапії впродовж першого тижня лікування (вказана симптоматика зникла, хворий почував себе добре, навіть усміхався). З анамнезу з'ясовано, що 3 міс. тому хворий мав статевий контакт із маловідомою жінкою.

Спостерігали також хворого 45 років, який перебував на лікуванні у неврологічному відділенні з діагнозом ішемічний інсульт; оскільки реакція Вассермана виявилася позитивною, переведений на лікування в обласний шкірно-венерологічний диспансер, результат лікування пеніциліном теж був дуже добрий і при виписці хворий вважав себе абсолютно здоровим, що і підтвердило неврологічне обстеження.

А хвора 43 років потрапила у неврологічну лікарню у зв'язку з швидким і різким зниженням зору. Неврологічний діагноз: базальний менінгіт із втягненням у процес *chiasma opticum*, що й обумовило різке зниження зору. Оскільки при стаціонарному обстеженні реакція Вассермана теж виявилася позитивною, хвора переведена на лікування в обласний шкірно-венерологічний диспансер. Якщо у перший день госпіталізації в стаціонар на обхід хвору привели під руки, оскільки вона майже нічого не бачила, то вже за тиждень після початку пеніцилінотерапії вона вже прийшла на обхід сама і усміхнена.

Хворий К., 18 років, переведений з терапевтичного відділення, де він лікувався з приводу інфекційно-токсичного міокардиту (загальна слабкість, задишка, тахікардія, відповідні зміни

на ЕКГ), після отримання позитивного результату реакції Вассермана. З анамнезу з'ясовано, що після випадкового статевого контакту на статевому члені була «ранка», яка його не турбувала і в результаті самолікування (недостатніми дозами тетрацикліну) загоїлася, а через 2 міс. з'явилися вказані вище скарги, і хворий був госпіталізований у терапевтичне відділення. На тлі пеніцилінотерапії в обласному шкірно-венерологічному диспансері вже через 10 днів всі симптоми міокардиту зникли, і хворий продовжував лікування до завершення курсу.

Спостерігали також 2 хворих 31 і 36 років із специфічним сифілітичним ларингітом, який проявлявся хрипкістю голосу (рауцедо). Лікування ларингіту загальноприйнятими методами впродовж місяця було безрезультатним. Один хворий залучений до обстеження як контактна особа хворої на вторинний сифіліс і при обстеженні у нього одночасно виявлені широкі сифілітичні кондиломи на статевому органі, діагноз сифілісу підтверджений виявленням блідих трепонем на поверхні широких кондилом, а також позитивними серологічними реакціями. Під впливом пеніцилінотерапії симптоми ларингіту повністю регресували, широкі кондиломи розсмоктались. В іншій хворій із рауцедо одночасно виявлена рясна сифілітична розеола на шкірі тулуба (рожеві плями 0,5 см, які не спричиняли суб'єктивних відчуттів, не зливались, не лущились). Всі симптоми зникли під впливом пеніцилінотерапії.

У хворій П. 22 років, яка перебувала на лікуванні в облшкірдиспансері з приводу вторинного сифілісу (широкі сифілітичні кондиломи на геніталіях) одночасно виявлено сифілітичний періостит лобної кістки (пухлиноподібне плоске утворення без чітких меж в ділянці правої половини чола, при постукуванні болючість, на рентгенограмі потовщення окістя). Після курсу специфічної протисифілітичної терапії всі симптоми регресували.

На стаціонарному лікуванні також перебували 2 хворих із сифілітичним іридоциклітом, підтвердженим позитивними серологічними реакціями. Як і в інших випадках, спостерігали швидкий ефект від пеніцилінотерапії.

Ранній сифіліс може бути причиною уражень оболонок ока в 14-16 % випадків, зорового нерва та іншої патології з боку органів зору.

Висновки

1. Сифілітичні ураження нервової системи, внутрішніх органів, органів чуттів у ранньому періоді сифілісу мають доброякісний характер, швидко регресують під впливом пеніцилінотерапії і цей ефект опосередковано може підтверджувати специфічний характер таких уражень.

2. У сучасній епідеміологічній обстановці стосовно сифілісу доцільне серологічне обстеження усіх стаціонарних хворих.