

УДК 616–002.692–079.4+616.981.51

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ГУММА ПОД МАСКОЙ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

В.М. Цыркунов, д.м.н., профессор; М.И. Богучкий, к.м.н., доцент;

А.В. Васильев, к.м.н., доцент; Н.И. Прокопчик, к.м.н., доцент

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Приводится наблюдение клинической мимикрии одного из проявлений поздних рецидивных форм сифилиса — сифилитической гуммы, протекающей под маской сибирязвенного карбункула. Представлены трудности в постановке диагноза и проведении дифференциальной диагностики с редкой формой инфекционной патологии — сибирской язвой. Клинический случай представляет интерес для дермато-венерологов, инфекционистов и врачей общей практики.

Ключевые слова: сифилитическая гумма, сибирская язва, дифференциальная диагностика.

The paper describes clinical mimicry of one of the manifestations of the late relapsing forms of syphilis — syphilitic gumma, which manifests itself as an anthrax carbuncle. The difficulties in making up the diagnosis and in differential diagnostics of the above uncommon form of infectious disorder are presented. The clinical case is of particular interest for specialists in skin and venereal diseases, infectiologists and general practitioners.

Key words: syphilitic gumma, anthrax, differential diagnostics.

Сибирская язва (anthrax — англ.; pustule maligna — лат.; anthrax carbon — франц.) — острое инфекционное заболевание животных и человека, характеризующееся тяжелой интоксикацией, поражением кожных покровов и лимфатического аппарата. Источником инфекции для человека являются домашние животные (крупный рогатый скот, овцы, козы, лошади, верблюды, ослы, свиньи). Заражение происходит при уходе за больным животным, убое скота, обработке мяса, при контакте со шкурами, меховыми изделиями и шерстью, обсемененными спорами сибирской язвы. Заболеваемость имеет преимущественно профессиональный характер, в виде спорадических случаев, хотя могут иметь место и групповые случаи [4, 5, 7, 8]. Болезнь протекает преимущественно в виде кожной карбункулезной формы, редко наблюдаются легочная и кишечная формы. Типичными клиническими признаками кожной формы сибирской язвы являются локализация в области головы и шеи, чаще — единственный кожный элемент в виде карбункула, наличие в центре его безболезненного черного цвета струпа с воспалительным валиком красного цвета в окружении «венчика» вторичных элементов, напоминающих жемчужины, присоединение значительного отека кожи и клетчатки и лимфаденита.

Сифилитическая гумма (gumma syphilitica) — глубокий узловатый сифилид, развивающийся в подкожной клетчатке у больных третичным сифилисом [3]. Вначале гумма не определяется на поверхности кожи, затем, постепенно увеличиваясь, приподнимается над уровнем кожи в виде опухоли шаровидной или овальной формы, диаметром 3–4 см, плотноэластической консистенции, безболезненной при пальпации и подвижной по отношению к окружающим тканям. По мере увеличения специфического инфильтрата гумма теряет подвижность, спаиваясь с окружающими тканями. Цвет кожи над ней становится розовым, затем багровым, поверхность приплюснутой, границы четкими. В дальнейшем гумма может рассосаться без распада

или подвергнуться творожистому некрозу. Наконец, гумма может размягчиться в центральной части и вскрыться с выделениями гуммозного распада. Образовавшаяся над полостью гуммы язва имеет округлые очертания, правильную геометрическую форму. Дно язвы постепенно очищается от гуммозного распада, покрывается грануляциями, с периферии язвы начинается ее рубцевание по направлению к центру. Рубец вначале имеет буровато-коричневую окраску. Затем постепенно светлеет и депигментируется. Обычно гуммы одиночные, реже множественные. Течение гуммозной язвы длительное. Субъективные ощущения незначительны, за исключением гумм, расположенных в области нервных стволов и сплетений.

Третичный период сифилиса имеет ряд особенностей, не свойственных более ранним проявлениям этого заболевания [2]. Малая контагиозность больных третичным сифилисом объясняется присутствием небольшого количества бледных трепонем в сифилидах. Из-за этого поиски бледных трепонем в очагах поражения нередко бывают безуспешными [1]. Наиболее информативным методом обнаружения бледной трепонемы в гумме у больных третичным сифилисом является исследование с помощью непрямого иммунофлюоресцентного микроскопа.

В доступной медицинской литературе мы не нашли упоминаний о необходимости дифференцирования кожной формы сибирской язвы и сифилитической гуммы.

Приводим собственное наблюдение. Больная В., 23 лет, поступила в Гродненскую областную инфекционную клиническую больницу 1 ноября 2004 года в 17 часов 20 минут. Диагноз при поступлении: сибирская язва?, третьи срочные роды в головном предлежании, дефект последа, кюретаж полости матки; послеродовый период; педикулез.

Жалобы при поступлении: наличие на боковой поверхности шеи (верхней трети), справа, язвы, покрытой струпом черного цвета, чувство распирания в области поражения, общая слабость, го-

ловная боль, озноб, повышенная потливость, периодически влажный кашель с отхождением мокроты слизистого характера.

Анамнез заболевания. Больна с 20 октября 2004 года, когда повысилась температура тела до субфебрильных цифр, беспокоили сухой кашель, насморк, слезотечение. 28 октября на боковой поверхности шеи справа, в верхней трети, появилось зудящее пятно, которое в течение суток трансформировалось в везикулу. На следующий день температура тела повысилась до 38°C. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала аспирин и трижды пыталась «выдавить» содержимое везикулы, которое было кровянистым, без наличия гноя. 30 октября состояние ухудшилось: на фоне температуры появилась отечность в области шеи справа, на месте травмированной везикулы образовался струп черного цвета с западением в центре.

Будучи беременной и заболевшей, больная 31 октября 2004 г. приехала к родственникам в г. Гродно, где в условиях городской квартиры произошли срочные роды. Родился доношенный ребенок без внешних признаков патологии новорожденных. Машиной скорой помощи женщина с новорожденным ребенком была доставлена в акушерско-обсервационное отделение БСМП г. Гродно (филиал областного роддома), где при объективном осмотре были обнаружены язвы, покрытая струпом черного цвета, выраженный отек правой половины шеи и другие признаки болезни. Больная срочно консультирована врачом-инфекционистом, и с подозрением на сибирскую язву транспортирована в инфекционный стационар.

Эпидемиологический анамнез. Проживает вместе с мужем и двумя детьми в сельской местности. Старший ребенок до болезни матери длительное время находился в г. Гродно. Муж работает животноводом на ферме крупного рогатого скота. После убоя животных периодически приносил домой головы быков в необработанном виде, с шерстью. Последний контакт с данным материалом был накануне заболевания, предпоследний — за полторы недели. Мясо головы убитого животного употреблялось в пищу в отварном виде членами семьи, остатки при разделке головы в сыром виде вскармливались бродячим животным. Шкура, снятая с головы убитого животного, со слов больной, уничтожалась мужем (сжигалась). У мужа 26.10.2004 года на коже, в области угла нижней челюсти был патологический элемент, напоминающий банальный фурункул, который муж самостоятельно лечил («выдавил»). В настоящее время муж и другие члены семьи здоровы.

Анамнез жизни. Больная указывает на перенесенный в 1999 году сифилис, указывает на смену нескольких половых партнеров. Часто болеет острыми респираторными заболеваниями. Первая беременность в 1999 г. закончилась поздним выкидышем. Две последующие беременности (2002, 2004 гг.) закончились срочными родами. Дети здоровы. Настоящая беременность была 4-й. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный осмотр. Состояние больной при

поступлении в инфекционный стационар средней тяжести. Температура тела 36,2°C. Сознание ясное. При сборе анамнеза складывалось впечатление о сниженном интеллекте. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Пульс 85 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца чистые, ритмичные. Артериальное давление 115/70 мм рт. ст. Дыхание через нос свободное, число дыханий 20 в минуту. Периодически влажный кашель с отхождением скудной мокроты серозного характера. При аускультации — везикулярное дыхание. Язык влажный, чистый. Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются. Матка: высота стояния дна — на 4 см выше лона, плотной консистенции, слегка болезненная при пальпации, выделения из половых путей кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Стула не было в течение суток.

Status localis (пуч. 1). В области правого сосцевидного отростка на коже имеется основной элемент в виде «карбункула» правильной овальной формы, в центре струп черного цвета 1 см в диаметре. Вокруг струпа имеется валик, состоящий из везикул белесоватого цвета, за которым следует зона гиперемии без четких границ, диаметром 2–3 см. На шее с расстояния виден умеренный отек, при пальпации плотный в области «карбункула», по периферии мягкий. Зона струпа при пальпации безболезненна, кожа в области отека — мало чувствительная. Регионарные лимфоузлы величиной с горошину, подвижные, безболезненные.

Лабораторные данные. Общий анализ крови от 01.11.2004 г.: эр. — $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 96 г/л, Тг — 142,8 $\times 10^9/л$, лейкоц. — $11,0 \times 10^9/л$, эоз. — 1%, пал. — 6%, сегм. — 60%, лимф. — 30%, мон. — 3%, СОЭ — 50 мм/час, токсич. зернистость нейтрофилов +++.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин — 11,7 мкм/ч/л, АлАТ — 0,17 ммоль/ч/л, АсАТ — 0,66 ммоль/ч/л, б-амилаза — 21,2 в/ч/л, мочевины — 3,6 ммоль/л, креатинин — 94 мкмоль/л, общий белок 54,0 г/л. Идиограмма без отклонений от нормы.

Предварительный клинический диагноз: сибирская язва, кожная форма (карбункул), средней тяжести. До начала этиотропной терапии срочно был взят материал содержимого везикул для бактериоскопии и произведен посев на мясо-пептонный бульон. Назначена этиотропная терапия пенициллином в суточной дозе 12 млн. ед. и гентамицином 80 мг в сутки внутримышечно, дезинтоксикацион-



Рисунок 1 — Сифилитическая гумма

ная и десенсибилизирующая терапия. Результат срочной бактериоскопии на возбудитель сибирской язвы — отрицательный.

01.11.2004 г. в 23.00 часа созван консилиум с участием специалистов республиканского уровня (дерматовенеролог, инфекционист). Заключение консилиума: клинические данные (острое начало болезни, умеренная интоксикация, появление красного пятна в области угла нижней челюсти справа, преобразовавшегося в везикулу с последующим исходом в язву, покрытую плотным черным струпом и окруженную плотным инфильтратом), данные эпидемиологического анамнеза (многократный контакт с животными, шерстью и мясом животных), не позволяют исключить кожную форму сибирской язвы. Рекомендовано: продолжить бактериоскопическое и бактериологическое исследование на сибирскую язву, сохранить введение пенициллина, гентамицин заменить на ципрофлоксацин, внутривенно, с последующим переходом на энтеральное введение фторхинолонов. Проводимую патогенетическую терапию продолжить.

02.11.2004 г. в 8 часов утра получены окончательные и повторные результаты бактериоскопии мазка из отделяемого везикул: возбудитель сибирской язвы не обнаружен. В 15 часов 02.11.2004 г. вновь созван консилиум с участием специалистов областного и республиканского уровня. Заключение: с учетом эпидемиологических данных по эпизоотической ситуации в районе (отсутствие случаев сибирской язвы), отсутствие клинических проявлений инфекции у контактных лиц, особенности клиники данного случая (плотный инфильтрат, глубокая корка, умеренная интоксикация), отрицательные данные 3-х бактериоскопических исследований, предварительного отрицательного результата бактериологического исследования можно предположить наличие у больной вульгарной эктимы (раздраженной). Окончательное снятие диагноза сибирской язвы после получения результатов бактериологического исследования. Рекомендовано продолжить лечение в условиях УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница». Организовать наблюдение врачом-дерматологом. Назначена местная терапия: обработка 2% спиртовым раствором анилиновых красителей, 2% кремом «Аргосульфам» или мазью Микулича с азотнокислым серебром. Проводимую антибактериальную терапию дополнить введением антистафилококковой плазмы, г-глобулина.

В условиях инфекционного стационара проведено лабораторное обследование: при бактериоскопии нативных мазков отделяемого везикул от 01.11.2004 г. микробных клеток в поле зрения не обнаружено. При исследовании мазка крови, содержимого везикул, мазка-отпечатка из карбункула от 02.11.2004 г. при окраске люминесцентной сибирезавенной сывороткой возбудитель сибирской язвы не обнаружен. В посевах на питательные среды (мясопептонный бульон, мясопептонный агар, кровяной агар) характерного для сибирезавенного микроба роста не выявлено. 02.11.2004 г. поставлена биологическая проба на лабораторных мышах, проводилось наблюдение за животными. 04.11.2004

г. и 12.11.2004 г. при исследовании забитых на 2-е и 10-е сутки биопробных животных патолого-анатомические изменения, характерные для сибирской язвы, отсутствовали, в мазках-отпечатках из органов микрофлора не обнаружена. ИФА на сифилис от 06.10.2004 г. — положительная (1,875); от 11.10.2004 г. — положительная (1,664). Микрорексация на сифилис с инактивированной сывороткой от 04.11.2004 г. отрицательная.

R-графия органов грудной клетки в прямой проекции от 02.11.2004 г. — легочные поля без видимых инфильтративных теней, в прикорневых зонах деформирован легочный рисунок, больше слева, контуры четкие. Корни структурные. Синусы свободные. Сердце — талия сглажена.

Результаты постоянно проводимого эпидемиологического, ветеринарного, клинико-лабораторного мониторинга отрицательные; результаты лабораторных исследований, проведенных в ОЦГЭ и ОЗ, позволили исключить диагноз «Сибирская язва, кожная форма». Основным рабочим диагнозом стало заключение дерматовенерологов «Вульгарная эктима (раздраженная)».

04.11.2004 г. к 12.00 часам состояние больной ухудшилось: усилились боли в области язвы, снизился слух на правое ухо, выросла общая слабость. В течение последних суток отмечена отрицательная динамика со стороны местного процесса в виде увеличения отека, площади некроза — до 1,5 см., увеличения регионального шейного лимфоаденита.

04.11.2004 г. в 16.30 температура тела повысилась до 37,8°C. Местно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей подчелюстной и позаподчелюстной области справа. В центре эктимы участок некроза 1,5 см в диаметре, кожа вокруг гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. По ходу правой кивательной мышцы пальпируются мелкие болезненные лимфоузлы, смещаемые, кожа в этой области не изменена. Рот открывает свободно, глотание не нарушено.

Уточненный клинический диагноз: эктима, гангренозная форма. Показано хирургическое лечение. Сопутствующий диагноз: поздний послеродовой период; сифилис, серопозитивный.

04.11.2004 г. в 19.20 больная по решению консилиума переведена в отделение челюстно-лицевой хирургии Гродненской областной клинической больницы. 04.11.2004 г. в 20.40 под внутривенным наркозом удален некротический участок, произведен разрез на всю величину инфильтрата, подлежащие ткани плотные, послойно рассечены. При ревизии обнаружена полость, заполненная некротическими тканями, которые были удалены. Комбинированный дренаж; наложена асептическая повязка. Удаленные ткани направлены на гистологическое исследование.

Макроскопически: кусок кожи размером 3,5 x 1,8 x 0,5 см с наличием на поверхности язвенного дефекта черного цвета в диаметре 1,2 см. Микроскопически: в коже определяется очаг коагуляционного некроза (рис. 2) с наличием васкулитов (рис. 3) и перифокальной резко выраженной лимфоидно-плазмноклеточной и нейтрофильно-клеточ-

ной инфильтрацией (рис. 4). Воспалительный инфильтрат распространялся на подкожную жировую клетчатку (рис. 5). При импрегнации срезов кожи по Левадити спирохеты сифилиса выявить не удалось.

05.11.2004 г. Status localis: повязка умеренно промокла раневым отделяемым. Инфильтрация и отек в заднечелюстной области уменьшились. Пальпация подчелюстной области, боковой поверхности шеи справа безболезненна. Удален дренаж, рана обработана 3% раствором перекиси водорода. В мазках соскоба из раны от 05.11.2004 г. элементы крови, фибрин, лимфоциты и нейтрофильные лейкоциты в большом количестве. Атипичные клетки не обнаружены. При посеве отделяемого из раны от 05.11.2004 г. выделен *St. aureus*.

07.11.2004 года общее состояние стабильное, средней тяжести. Жалоб не предъявляет. Отек зад-

нечелюстной области справа не нарастает. Гнойного отделяемого из раны нет. Мышцы красного цвета. Кожные края раны умеренно гиперемированы. Рана промыта 3% раствором перманганата калия, обработана раствором борной кислоты.

08.11.2004 года общее состояние удовлетворительное. Субъективно отмечает значительное улучшение. Незначительная болезненность в области раны. Отек и инфильтрация подчелюстной области и верхней трети шеи справа уменьшились. Наложена мазевая повязка. Продолжена антибактериальная терапия.

15.11.2004 года состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Настаивает на выписке. Инфильтрация окружающих тканей значительно уменьшилась. Рана очистилась. Пальпация безболезненная. Туалет раны 3% раствором перекиси водорода, наложена повязка с 1% раствором димексида.

15.11.2004 г., в связи с отказом от лечения в стационаре выписана на амбулаторное долечивание. Общий анализ крови при выписке: эр. — $3,75 \times 10^{12}/л$, Hb — 127,6 г/л, лейкоц. — $5,9 \times 10^9/л$, эоз. — 8%, пал. — 14%, сегм. — 35%, лимф. — 34%, мон. — 9%, СОЭ — 63 мм/час. Общий анализ мочи без патологии.

В период пребывания в хирургическом стационаре проводилась антибактериальная терапия цефотаксимом и метронидазолом в среднетерапевтических дозировках.

Диагноз при выписке: сифилис, третичный (A52.9), серологически подтвержденный (A51.1) в 1999 г.; сифилитическая гумма НКДР верхней трети шеи справа (A52.7) послеоперационный период; поздний послеродовый период; анемия смешанной этиологии.

Заключение

Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что клинические проявления третичного сифилиса могут подвергаться существенной мимикрии и иллюстрирует те трудности, с которыми сталкивается практикующий врач при проведении дифференциального диагноза сифилитической гуммы с кожной, карбункулезной формой сибирской язвы.

Литература

1. Аствацатуров, К.Р. Сифилис, его диагностика и лечение: руководство для врачей / К.Р. Аствацатуров. — Москва: Медгиз, 1956. — 326 с.
2. Венерические болезни: руководство для врачей / А.А.Антонов [и др.]; под ред. О.К.Шапошникова. — 2-е изд. — Москва: Медицина, 1991. — 544 с.
3. Дифференциальная диагностика кожных болезней / Б.А. Беренбейн [и др.]; под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студинкина. — 2-е изд. — Москва: Медицина, 1989. — 672 с.
4. Жолдошев, С.Т. Спорадические случаи кожной формы сибирской язвы в южных регионах Кыргызстана / С.Т. Жолдошев, А.Ю. Ковеленов // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2006. — №5. — С. 11–12.
5. Казанцев, А.П. Сибирская язва / А.П. Казанцев // Руководство по инфекционным болезням / А.Ю. Барановский [и др.]; под ред. Ю.В. Лобзина, А.П. Казанцева. — Санкт-Петербург: Комета, 1996. — С. 101–105.
6. Москвин, И.И. Гумма позвоночника как проявление третичного сифилиса / И.И. Москвин [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 2007. — №1. — С. 33–36.
7. Мусабаев, И.К. Сибирская язва / И.К. Мусабаев, Р.Д. Цой // Руководство по зоонозным и паразитарным заболеваниям / под ред. И.К. Мусабаева. — Ташкент: Медицина, 1987. — С. 55–76.
8. Сибирская язва / В.В. Архипов [и др.]; под ред. Н.Н. Гинсбурга. — Москва: Медицина, 1975. — 160 с.

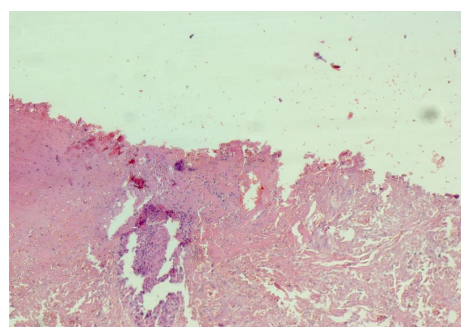


Рисунок 2 — Коагуляционный некроз кожи. Окр. гематоксилином-эозином. x200

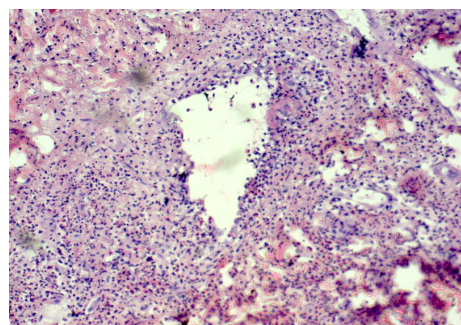


Рисунок 3 — Экссудативно-деструктивный панникулит в коже. Окр. гематоксилином-эозином. x200

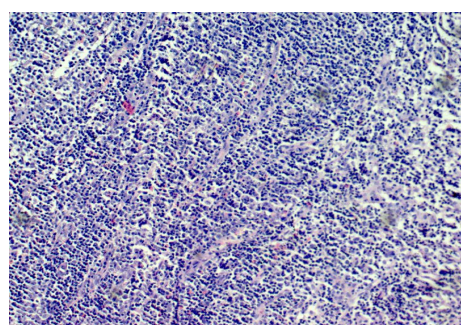


Рисунок 4 — Лимфоидно-плазмочеточная инфильтрация в краях и дне язвы. Окр. гематоксилином-эозином. x200

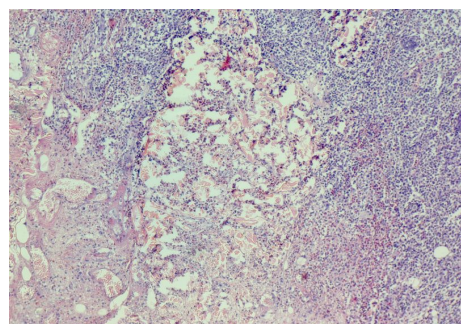


Рисунок 5 — Лейкоцитарная инфильтрация кожи и подкожной клетчатки. Окр. гематоксилином-эозином. x200

Поступила 28.12.07