

## СИФИЛИС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*В.Г.Панкратов, О.В.Панкратов, Е.С.Ерыгина*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» г.Минск, Беларусь*

/ Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии. /Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвящённые 90-летию образования Витебского областного клинического кожно-венерологического диспансера (г. Витебск, 18 июля 2013 г.) – Витебск, 2013. – С. 66-69.

**Введение.** Наличие псориазиформных сифилидов у больных псориазом создаёт трудности для клинической диагностики сифилиса у этих пациентов: ведь все три феномена, характерные для псориаза, легко получаются и при псориазиформном сифилиде, что объясняется наличием при последнем паракератоза и акантоза [1, 2].

**Цель:** изучить особенности клинических проявлений сифилиса у больных псориазом, эффективность применявшихся методов специфической терапии сифилиса и её влияние на течение псориаза.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 36 больных псориазом, заболевших сифилисом, - 24 мужчины и 12 женщин, в возрасте от 17 до 48 лет. По возрасту больные распределились следующим образом: 17-19 лет - 2 человека; 20-29 лет - 18; 30-39 лет – 12; 40-49 лет - 4 больных.

«Стаж псориаза» - от 2 до 28 лет, причем у 22 больных он был более 10 лет. Клинические формы псориаза: вульгарный папуло-бляшечный псориаз - 29 больных; экссудативный псориаз - 5; артропатический псориаз - 1; пустулёзный ладонно-подошвенный псориаз - 1 больной.

Клинические формы сифилиса; сифилис первичный – 9 пациентов, в том числе 1 беременная 22 лет со сроком беременности 12 недель; сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек - 20 больных; сифилис скрытый ранний – 7 больных, в том числе 1 беременная 31 года со сроком беременности 26 недель.

Пути выявления сифилиса: обратились сами – 15 пациентов, при обследовании половых и бытовых контактов больных сифилисом – 10, при вассерманизации пациентов в кабинете спецмедосмотров и в стационарах больниц – 11 больных.

### **Результаты и обсуждение.**

Клиническая картина первичного сифилиса была представлена наличием твердого шанкра, регионарного пахового бубона (у 4 –

одностороннего, у 5 – двухстороннего), специфический лимфангит пальпировался по спинке полового члена у 3 больных.

Единичный эрозивный шанкр в области задней спайки выявлен у 1 больной, множественные эрозивные шанкры полового члена диагностированы у 1 больного. Единичный язвенный шанкр на внутренней листке крайней плоти был обнаружен у 1 больного; у 2 больных наблюдались гигантские язвенные шанкры, в том числе у 1 больного с экстрагенитальной локализацией в области лобка. Множественные эрозивно-язвенные шанкры имели место у 4 больных (у 3 мужчин и 1 женщины). Нетрепонемные и трепонемные серологические тесты были положительными у всех 9 больных. У всех больных имелись многочисленные псориазические папулы и бляшки на коже туловища и конечностей, а 5 больных и на волосистой части головы.

Клиническая картина вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек была весьма пёстрой на фоне обилия . Твердый шанкр или его остатки наблюдались у 8 больных; розеолезная сыпь туловища – у 8 больных;

розеолёзно-папулёзная сыпь туловища и конечностей – у 4 больных; себорейные папулы волосистой части головы и туловища – у 5 больных; гипертрофированные, мокнущие папулы - 4 больных; широкие кондиломы аногенитальной области - у 1 больной. Ладонно-подошвенный сифилид диагностирован у 6 больных. У 1 пациента со злокачественным течением вторичного периода сифилиса были множественные сифилитические эктимы. У 14 больных из 20 наблюдались высыпания на слизистой оболочке полости рта, в том числе эритематозная ангина была диагностирована у 10 больных, папулы языка (симптом «скошенного лука») – у 3 больных, сифилитическая заеда – у 1 больной. Регионарный паховый лимфаденит пальпировался у 8 больных, полиаденит - у 12 пациентов. Нетрепонемные и трепонемные серологические тесты были положительными у 100% обследованных больных.

Особый интерес представляет случай злокачественного течения сифилиса. Мужчина С., 33 лет, страдает вульгарным псориазом с 15 лет, разведён, часто употребляет алкоголь. После половой связи с гражданкой Ф., 30 лет (сифилис вторичный рецидивный), у него через 4 недели на коже заголовочной борозды полового члена и на коже спинки полового члена появились 2 язвенных шанкра, больной 16 дней не обращался к врачу, занимался самолечением без использования антибиотиков. Шанкры увеличились в размерах, спустя 3 недели после появления шанкров на теле появилась пятнистая и мелкая узелковая сыпь. В день обращения к врачу-

дерматовенерологу у больного на половом члене имелись 2 гигантских шанкра овоидной формы 2,8 x 1,3 см и 4,4 x 1,9 см, слабо выраженный парафимоз. На коже туловища и конечностей обильная розеолезно-папулезная сыпь, множественные эктимы (8 элементов), псориазические бляшки, специфическая эритематозная ангина, полиаденит. Серологические реакции : КСР 4+ (1:160, 1:160, 1:64); РИФ-абс,200 -4+ (1:25 600). РИТ – 72 %.

У данного пациента и ещё у 17 больных сифилис спровоцировал появление новых псориазических высыпаний в течение последних 8-15 дней до поступления в стационар, в том числе у 3 больных ранним скрытым сифилисом.

Лечение больных сифилисом проводилось по различным схемам. Восемь больных первичным сифилисом получали амбулаторное лечение ретарпеном (4,8 млн ЕД + 2,4 млн ЕД, интервал между инъекциями 7 дней). Лечение ретарпеном (4,8 + 2,4 + 2,4 млн ЕД) также получили 3 больных вторичным сифилисом с давностью инфекции до 4 месяцев и 1 беременная с первичным сифилисом. Больной со злокачественным сифилисом, 6 больных скрытым ранним сифилисом, в том числе 1 беременная, и 7 больных вторичным сифилисом с давностью инфекции более 15-18 месяцев получали стационарное лечение водорастворимым пенициллином по 1 млн ЕД 4 раза в день в течение 28 дней. Лечение бициллином-5 по 1,5 млн ЕД 3 раза в неделю в течение 5 недель получили 5 больных вторичным сифилисом. Остальные 5 больных лечились новокаиновой солью пенициллина по 600 000 ЕД 2 раза в сутки в течение 28 дней (3 больных) или 20 дней – (2 больных). Реакция обострения Яриша-Лукашевича-Герксгеймера с повышением температуры тела до 37,6 - 38,8°С отмечена у 5 больных первичным, 4 больных ранним скрытым сифилисом, а у 13 больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек наряду с повышением температуры тела появились новые псориазиформные папулы.

Манифестные проявления первичного и вторичного сифилиса разрешились в обычные сроки. Эрозивные шанкры эпителизировались на 4-8-ый день лечения, язвенные – рубцевались на 7-12-ый день, гигантские язвенные шанкры зарубцевались на 16-20-ый день терапии. Ладонно-подошвенные сифилиды разрешались на 9 – 15-й день. После лечения ретарпеном КСР (МРП) негативировались в течение 4-15 месяцев у всех больных первичным и вторичным сифилисом с давностью инфекции до 4 месяцев.

Лечение водорастворимым пенициллином обеспечило негативацию КСР (МРП) в течение первого года наблюдения у 8 из 14 боль-

ных, в течение 2 лет – 13 из 14 больных, истинная серорезистентность сформировалась у 1 больного вторичным сифилисом.

Среди 9 больных, лечившихся бициллином-5 или новокаиновой солью пенициллина, замедленная негитивация КСР (МРП) наблюдалась у 4 больных, серорезистентность – у 1 больной ранним скрытым сифилисом после лечения новокаиновой солью пенициллина. Все больные псориазом хорошо перенесли этиотропную антибиотикотерапию.

Обе беременные после основного курса получили профлечение пенициллином и родили в срок здоровых детей без клинических и серологических признаков врождённого сифилиса.

Клиника псориаза у большинства больных сифилисом, получавших этиотропное лечение, претерпела положительную динамику, Начало специфической противосифилитической терапии спровоцировало появление новых псориазиформных папул у 13 больных. 20 больных из 36 наряду с антибиотикотерапией получали курс пирогенала. Больные вторичным и ранним скрытым сифилисом получали одновременно витаминно-микроэлементные комплексы. Наружная терапия псориаза проводилась в условиях дневного стационара в основном салициловой или серно-салициловой мазью, мазь или крем дипросалик использовали 5 больных. Часть больных (9 пациентов) вообще не получала мазевую терапию. У 6 больных крупные псориазические бляшки в процессе лечения сифилиса не претерпели существенных изменений, а у 16 пациентов сохранялись немногочисленные псориазические папулы на туловище и бляшки в области разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов. У отдельных пациентов сифилитические папулы в процессе лечения трансформировались в псориазические. Наши наблюдения согласуются с данными других авторов [2, 3].

#### **Выводы.**

1. Сочетание псориаза и сифилиса не является редкостью, диагностика сифилиса у таких пациентов должна базироваться на тщательно собранном анамнезе, внимательном клиническом осмотре и своевременно проведенном серологическом обследовании пациентов.

2. У каждого второго пациента факт заражения сифилисом вызвал обострение псориазического процесса.

3. Действующие схемы лечения сифилиса являются достаточно эффективными у данного контингента больных.

#### **Литература**

1. Картамышев А.И. Кожные и венерические болезни. Киев. 1952.

2. Аствацатуров К.Р. Сифилис, его диагностика и лечение. М.: Медгиз, 1956.
3. Шпикина О.А. Трудность диагностики сифилиса у больных псориазом. //Патогенез и терапия псориаза. – Ленинград, 1981. – С. 45-49.