

УДК 616.5-002.621

СЛУЧАЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТВЕРДОГО ШАНКРА

Т.П. Насонова

КГКП «Областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар**Тұжырым****МЕРЕЗ ҚАТТЫ ШАНКРЫНЫҢ ЭКСТРАГЕНИТАЛДІ ОРНАЛАСУЫ**

Қазіргі кезде экстра жыныс мүшелер жағдайлары көбейіп қатты шанкрдың орнығуына әкеп соқтырады. Ал ол дәрігерлердің диагностикалық қателіктеріне және мерездің кеш айқындалуына себеп болады.

Summary**THE CASE OF EXTRAGENITAL CHANCRE LOCALIZATION**

In recent years, the literature reports an increasing number of patients with extra genital location of hard chancre. Insufficient knowledge of physicians in this respect frequently results in diagnostic errors. A hard chancre on a palm of a patient who had contracted syphilis by sexual way and in whom the infection was diagnosed only in the secondary period is described.

В последние годы отмечается значительное увеличение числа больных с экстрагенитальной локализацией твердого шанкра. Чаще всего он располагается в полости рта, в анальной области и реже на других участках. Это обстоятельство заслуживает особого внимания ввиду трудности диагностики в подобных случаях и серьезных последствий, которые влечет за собой ошибочное и несвоевременное распознавание данной патологии.

Сколько разнообразны, могут быть, входные ворота для сифилитической инфекции, столь же разнообразной может быть и локализация первичной сифиломы. А. Фрунзе указывал, что ни одно место человеческого тела не застраховано от появления твердого шанкра. В литературе описаны первичные сифиломы сосков молочных желез, верхнего или нижнего века, соединительной или роговой оболочек глаза, слезного мясца, крыла носа, нижней носовой раковины, носовой перегородки, волосистой части головы, шеи, затылка, уха, пупка, спины, поясницы, ягодиц, промежности, колена, ладони, пятки и подошвы.

Мы наблюдали чрезвычайно редкую локализацию твердого шанкра – на ладони у больного вторичным свежим сифилисом. По данным А. Фрунзе, первичное поражение кистей бывает крайне редко. Чаще всего твердые шанкры располагаются на пальцах рук.

Больной Ш., 39 лет, служащий, обратился на прием к хирургу с жалобами на незаживающую язву на левой ладони. На месте возникшей после физической работы мозоли образовалась язва. По назначению хирурга в течение недели применял мазевые повязки, которые не дали положительного эффекта. От друзей узнал, что женщина, с которой он имел половую связь, больна сифилисом, и обратился в кожно-венерологический диспансер, где был в командировке. При осмотре клинических проявлений сифилиса не обнаружено, не возникло и подозрений о специфическом происхождении язвы на ладони. КСР отрицательные, РИФ отрицательные. От предложенного превентивного лечения отказался и по окончании командировки вернулся домой. В связи с тем, что язва на руке не заживала, снова обратился в кожно-венерологический диспансер, откуда с подозрением на вторичный свежий сифилис был сразу же госпитализирован в стационар.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Курит, зло-

употребляет алкоголем. Половая жизнь с 20 лет, разведен, имел половую связь с женщиной без определенного места жительства и занятия, у которой диагностирован вторичный рецидивный сифилис.

Клиническая картина сифилиса была следующей: на коже боковых поверхностей туловища, груди, живота, предплечий и бедер имела обильная мелкая бледно-розовая розеолозная сыпь. На половых органах никаких высыпаний не обнаружено. На левой ладони, у основания II и III пальцев располагалась язва овальной формы, размером 2х1,5 см, с ровными краями и блестящим, гладким, дном. В основании язвы пальпировался хрящевой консистенции болезненный инфильтрат. Слева, в подмышечной впадине определялся плотный, величиной с куриное яйцо, безболезненный лимфатический узел. Кроме того, пальпировались шейные, локтевые и паховые лимфатические узлы размером с фасоль. В отделяемом язвы обнаружена бледная трепонема. КСР (++++), 1:80. Диагноз: сифилис вторичный, свежий.

Таким образом, твердый шанкр возник у больного в результате соприкосновения поврежденной кожи ладони с пораженными сифилисом гениталиями партнерши. Вследствие диагностической ошибки хирурга и дерматолога диагноз сифилиса был поставлен только во вторичном периоде инфекции, что привело к увеличению числа бытовых контактов.

Наблюдение еще раз подтверждает высказывание А.Фрунзе, который, указывая на трудности диагностики экстрагенитальных шанкров, писал, что хотя твердый шанкр распознать нетрудно, но трудно о нем вовремя вспомнить.

Литература:

1. Васильев Т.В. В кн.: Венерические болезни. Под ред. О.К. Шапошникова. М., 1980, с. 52 – 68.
2. Васильев Т.В., Винокуров И.Н. Мед.реф. ж. XI, №12, с. 20-26.
3. Глухенький Т.Т. Вестн. Дерматол., 1948, №5, с. 38-39.
4. Гинчар Ф.Н., Архангельский С.П. В кн.: Многотомное руководство по дерматовенерологии М., 1959, т. I, кн. I, с. 111-129.
5. Скрипкин Ю.К., Борисенко К. К., Глозман В.Н. Вестн. Дерматол., 1975, №9, с. 40-45.
6. Фрунзе А. Лечение сифилиса. М. 1989.