УДК 616.972—084

Յ. Ե. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ, Մ. Ե. ՄԻՐԱԿՅԱՆ, Բ. Խ. ԽԱՇԱՏՐՅԱՆ, Տ. Ա. ՅՄԼՄՅԱՆ,
 Կ. Բ. ԲԱԲԱՅԱՆ, Բ. Դ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО КЛИНИКИ

Проанализированы истории болезни стационарных больных сифилисом, зарегистрированных в республике за 1968—1976 гг. Установлено, что основной причиной, способствующей развитию рецидивного сифилиса, является значительное изменение его клиники. Указывается на значение в развитии вторичного рецидивного сифилиса недостаточной осведомленности больных о венерических болезнях и диагностических ошибок.

Судя по литературным данным отечественных и зарубежных авторов, за последние годы отмечается значительный рост заболеваемости сифилисом и на этом фоне учащение случаев вторичного рецидивного сифилиса [1, 2, 4 и др.]. Замечены также некоторые изменения в клиническом течении рецидивного сифилиса. Этот факт имеет важное эпидемиологическое значение в распространении сифилитической инфекции. Поэтому выявление и изучение причин поздней диагностики сифилиса может помочь в разработке эффективных мер по борьбе с этой инфекцией.

Изучение анамнеза больных с целью выяснения причин развития рецидивного сифилиса показало, что большинство из них имело случайные половые связи. Каких-либо начальных признаков заболевания у себя больные не замечали, по-видимому, из-за невыраженности сифилитических высыпаний или их локализации в недоступных осмотру для самого больного участках тела.

Самостоятельно за врачебной помощью обратилось 54,2% больных, уже имеющих признаки рецидивного сифилиса, 45,8% больных были выявлены активно: среди лиц, присланных милицией и обследованных как контакты и предполагаемые источники инфекции, при вассерманизации соматических больных, профилактических осмотрах, в женских консультациях. Эти лица не знали о своем заболевании и себя больными не считали.

Таким образом, основной причиной развития вторичного рецидивного сифилиса явилась поздняя обращаемость больных ввиду скудности проявлений на ранних стадиях заболевания и их неосведомленности о венерических болезнях. У 34 больных причиной поздней диагностики вторичного рецидивного сифилиса были врачебные ошибки. Так, диагностические ошибки допустили хирурги, терапевты, дермато-венерологи, а также несколько врачей одновременно—хирург и гинеколог, хирург,

дерматолог и гинеколог. В этих случаях больные получали ошибочное лечение антибиотиками, трихополом, преднизолоном, а также мазевое лечение. Имеются случаи самолечения со стороны больных (20 человек) мазями, присыпками, примочками.

Среди наблюдаемых больных рецидивным сифилисом мужчин оказалось 49,1, женщин—50,9%. По возрасту больные распределялись следующим образом: в возрасте до 20 лет было 36 человек. 21—30 лет—153, 31—40 лет—78, 41—50 лет—25 и свыше 51—3 больных. Таким образом, наибольшая заболеваемость падает на возраст от 21 до 30 лет, что совпадает с литературными данными о возрасте, наиболее подверженном заболеванию сифилисом.

В браке состояло 51,3% больных, холостых и незамужних было 29,8, разведенных 15,6 и вдов 3,3%. Семейные незначительно превышали число больных, не состоявших в браке. Обращают на себя внимание данные, характеризующие моральный облик больных рецидивным сифилисом. Из числа 78 больных 1976 года шесть и более контактов имело 5 человек, пять контактов—2, три контакта—5, два контакта—30 больных, остальные 33 больных имели по одному половому контакту, т. е. более половины имело два и более контакта. Судя по этим данным, половая распущенность, частые внебрачные половые контакты привели к заражению сифилисом у 45 больных. Среди последних 10 человек были лица без определенного места жительства и рода занятий. В течение изучаемого периода повторно болели венерическими болезнями 10 человек, гонореей—5, гонореей и трихомонозом—2, трихомонозом—2. Гомосексуалистами оказались 5 человек. Большинство больных заразились в нетрезвом виде.

По роду занятий среди больных рецидивным сифилисом преобладали рабочие—33,4 и служащие—20,8%, неработающих было 18,7%, шоферов—11,3%, домохозяек—5,7%, лиц без определенного места жительства и рода занятий—2,8, колхозников—5,3, учащихся—2%.

Неоконченное среднее образование имели 44,9, среднее—46,5, высшее—7,7 и неграмотных было 0,9%. Таким образом, большинство больных имело среднее образование. Несмотря на это, знали о венерических болезнях из основного источника информации—популярной медицинской литературы лишь немногие, преобладающее же большинство получило сведения от знакомых, товарищей и имело смутное представление о признаках сифилиса.

С особой тщательностью нами проанализированы клинические проявления вторичного рецидивного сифилиса у 78 больных. Четверо из них имели лишь один признак заболевания—лейкодерму, у остальных обнаружены спрущированные папулезные сифилиды в небольшом количестве в области гениталий и ануса, а у 6 на ладонях и подошвах. Одновременно было выявлено поражение слизистых оболочек полости рта в виде эритематозной ангины, папулезных высыпаний на слизистых оболочках щек, языка и зева, осиплость голоса у 42 больных.

Рецидивная розеола была обнаружена у 13 больных, причем обращает внимание, что одновременно у них наблюдался полиморфизм и обилие высыпных элементов: кондиломы, папулы, эритематозно-папулезная ангина, пустулезный сифилид, лейкодерма, алопеция, полиаденит. Обилие и полиморфизм высыпных элементов у этой группы больных затрудняли дифференциацию вторичного рецидивного сифилиса от вторичного свежего.

Таким образом, особенностью клиники вторичного рецидивного сифилиса для большинства больных явилась скудность проявлений заболевания в виде локализованных, сгруппированных сифилидов, у некоторых—обилие высыпаний, многоформность, злокачественность течения.

Лечение наблюдаемых больных вторичным рецидивным сифилисом (по схемам ЦКВИ 1976 г.) антибиотиками, бисмутовыми и пирогенными препаратами приводило к быстрому репрессу высыпаний. Негативизация стандартных серологических реакций у большинства больных наступала после II—III курса лечения.

Таким образом, удельный вес вторичного рецидивного сифилиса среди больных активными формами на протяжении последних лет возрос. Это можно объяснить поздней обращаемостью больных, недостаточной осведомленностью их о венерических болезнях, а также диагностическими ошибками. В целях раннего активного выявления больных сифилисом вообще и снижения удельного веса рецидивного сифилиса, в частности, необходимы широкий охват различных групп населения профилактическими осмотрами, а также комплекс других организационных мероприятий. В этом деле большую роль имеет широкое использование реакции микропреципитации на стекле—МРП с кардиолипновым антигеном, повышение знаний врачей различных специальностей по диагностике сифилиса, дальнейшее расширение масштабов санитарно-просветительных работ для повышения уровня знаний населения о профилактике сифилиса и т. д.

Кафедра кожных и венерических болезней Ереванского медицинского института, Республиканский кожно-венерологический диспансер

Поступила 6/VII 1977 г.

Է. Ե. ԴԱՆԻՆՅԱՆ, Մ. Ե. ՄԻՐԱՔՅԱՆ, Ռ. Խ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ,
Ս. Հ. ԶՈՒՆՈՒՄՅԱՆ, Կ. Ռ. ԲԱՐՍՅԱՆ, Ռ. Գ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ԿՐԿԵՎՈՂ ՄԻՋԻՒԽՈՒ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ
ԵՎ ՆՐԱ ԿՂԻՆԻԿԱՅԻ ԱՌԱՆՁՆԱԶԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ր փ ու լ մ

Ուսումնասիրվել է երկրորդային կրկնվող սիֆիլիսով հիվանդների 295 հիվանդության պատմությունները: Հիվանդները գտնվել են հսկողության տակ 1968—1971 թթ.: Հիվանդությունը մեծ մասամբ հայտնաբերվել է 21—30 տա-

ընկան երկտասարդների մոտ: Պարզվել է, որ հիվանդների մեծ մասն ունեցել է պատահական սեռական հարաբերություն: Հիվանդության վաղ շրջանում հիվանդներն իրենց մոտ որևիցէ ախտանիշ չեն նկատել՝ հավանաբար այն պատճառով, որ սիֆիլիսային ցանավորումը եղել է թույլ, աննշմարելի: Կրկնվող սիֆիլիսի առաջացման պատճառ է հանդիսացել հիվանդների ուշ դիմելը բժշկի՝ ցանավորման համարյա աննշմարելի լինելու, վեներական հիվանդությունների մասին անտեղյակ լինելու և երբեմն էլ անուշադիր լինելու պատճառով: Հոտվածոտ առաջադրվում է միջոցառումների համալիր՝ ընդհանրապես սիֆիլիսի դեմ պայքարն ուժեղացնելու և, մասնավորապես, կրկնվող սիֆիլիսով հիվանդանալը նվազեցնելու նպատակով:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Брон Б. З., Фришман М. П., Пирогова О. М. В кн.: Патогенез и терапия дерматозов. Львов, 1967, 5, стр. 481.
2. Васильев Т. В., Шибанов В. А., Топоровский Л. М. Актуальные вопросы патогенеза и терапии кожных и венерических болезней. М., 1971, стр. 389.
3. Соколова Е. М. В кн.: Вопросы организации специализированной медицинской помощи. М., 1966, стр. 215.
4. Danehower W., Schamberg J. Arch. Derm., 1963, 88, 6. 930.