

## СЛУЧАИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ И СЛУХА ПРИ РАННИХ ФОРМАХ СИФИЛИСА

В.И. Шайхразиева, В.В. Гурьянов, Д.Ю. Дядькин, Г.И. Мавлютова, А.Г. Гатаулин

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — доц. Р.З. Закиев) Казанского государственного медицинского университета, Республиканский кожно-венерологический диспансер (главврач — Р.Г. Ахмадиев), г. Казань

Особенности клинической картины сифилиса на современном этапе, а именно большое разнообразие и атипичное его течение по сравнению с классическим описаны многими авторами [1, 2, 6, 8, 11]. Как известно, кроме проявлений на коже и слизистых оболочках, во вторичном периоде сифилиса в процесс могут вовлекаться внутренние органы, органы слуха и зрительный аппарат. Относительная редкость и отсутствие клинических особенностей сифилитического поражения сосудистого тракта глаза, особенно при наличии папул радужной оболочки, а также поражение слухового аппарата могут стать причиной диагностических ошибок [7, 10].

Поражение органов зрения при различных формах сифилиса может быть следствием проникновения бледных трепонем в оболочки глазного яблока лимфогенным и гематогенным путями и дальнейшего распространения специфического воспалительного процесса на весь зрительный путь [9]. Возможны и изолированные поражения сосудистого тракта глаза [4].

По данным зарубежных офтальмологов, сифилис является причиной 1,1% случаев всех увеальных воспалений, по данным отечественных — в 0,5% [3, 5].

Приводим собственные наблюдения.

Г., 32 лет, не работающая, не замужем, обратилась к офтальмологу 20.08.1996 г. с жалобами на резкое снижение остроты зрения обоих глаз.

Заключение офтальмолога было следующим. Правый глаз — отмечается правильная светопроекция. Глаз раздражен. На эндотелии роговицы видны мелкоточечные преципитаты, на дне передней камеры — фибринный осадок с прожилками крови. Рисунок радужной оболочки слажен. Зрачок — 2 мм, с вялой реакцией на свет. В стекловидном теле — помутнения. Глазное дно за флером, деталей не видно.

Левый глаз — предметное зрение вблизи сохранено (0,01 не корректирует — н/к). Глаз раздражен. При надавливании на глазное яблоко возникает цилиарная болезненность. Роговица — умеренный отек эпителия, десцеметит. Зрачок округлый, реакция на свет есть. В стекловидном теле — помутнение. Деталей глазного дна не видно.

Диагноз: генерализованный увеит обоих глаз сифилитической этиологии.

Для дальнейшего лечения больная была госпитализирована в стационар Республиканского кожно-венерологического диспансера. При обследовании ей был поставлен диагноз: вторичный свежий сифилис.

Проведен полный курс пенициллиновой терапии (44,8 млн ЕД) в комбинации с неспецифическими препаратами (метилурацил, витамины В<sub>1</sub> и В<sub>6</sub>, алоэ). Спустя 2 месяца после окончания лечения больная вновь осмотрена офтальмологом.

Правый глаз: острота зрения — 0,02 н/к. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины. Зрачок — 3,5 мм, реакция на свет живая. Хрусталик прозрачный. Мелкоточечная умеренная деструкция стекловидного тела. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы четкие. Артерии сужены, вены умеренно расширены. В макулярной области видны мелкие белые и темные дистрофические очажки.

Левый глаз: острота зрения — 0,6 н/к. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины. Зрачок — 3 мм, реакция на свет живая. Хрусталик прозрачный. Отмечается мелкозернистая и нитчатая деструкция стекловидного тела. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы четкие. Артерии немного сужены. Вены умеренно расширены. В макулярной области — мелкие белые и темные дистрофические очажки.

**Заключение:** макулодистрофия обоих глаз; состояние после перенесенного генерализованногоuveита сифилитической этиологии.

К., 50 лет, холост, не работает, поступил в Республиканскую офтальмологическую больницу 05.08.1996 г. с жалобами на резкое понижение остроты зрения обоих глаз в течение последних двух дней. Около недели тому назад появился "туман" перед правым глазом с последующим постепенным снижением остроты зрения правого, а затем и левого глаза.

При осмотре офтальмолог отметил следующее. Правый глаз: острота зрения — 0,3 н/к. Глаз умеренно раздражен. Роговица: на эндотелии — пылевидные единичные преципитаты. Передняя камера средней глубины. Имеют место круговые задние синехии, реакции зрачка на свет нет. Хрусталик прозрачный. Рефлекс с глазного дна слабо-розовый. Осмотр деталей глазного дна затруднен.

Левый глаз: острота зрения — 0,03 н/к. Глаз раздражен. На эндотелии роговицы — пылевидные преципитаты, более выраженные, чем в правом глазу. Зрачок узкий, неправильной формы, плоские задние синехии, реакции на свет нет. Хрусталик прозрачный. Рефлекс с глазного дна слабо-розовый. Осмотр отделов, лежащих глубже, затруднен.

**Диагноз:** генерализованныйuveит обоих глаз.

Данные серологических исследований крови на сифилис (реакция Вассермана и осадочные) оказались резко положительными.

При поступлении в кожно-венерологический диспансер дерматовенеролог обнаружил у больного следующую картину. Кожные покровы туловища усеяны обильной розеолезной сыпью, по небольшим дужкам в зеве имеет место ограниченная выраженная гиперемия. На головке и теле полового члена расположены множественные эрозированные папулы ( $0,3 \times 0,5$  см), округлые, с ровными краями, плотные. Подмыщечные и паховые лимфоузлы увеличены до размера фасоли, плотноэластические, подвижные, безболезненные, не спаянные с окружающим тканями. Диагностирован вторичный свежий сифилис.

Проведен полный курс лечения пенициллином, витаминами В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, гуми-

золем. В результате лечения высыпания на коже и слизистых разрешились в обычные сроки, зрение улучшилось.

Больной был осмотрен офтальмологом спустя 2 месяца после окончания противосифилитической терапии. Правый глаз: острота зрения — 0,1, с коррекцией +1,5 Д = 0,3. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины. Зрачок округлый, реакция на свет живая. На передней капсуле хрусталика видны пигментные отложения. Хрусталик прозрачный. Имеется легкая зернистая деструкция стекловидного тела.

Глазное дно: диск бледно-розового цвета с отчетливыми границами. Артерии немного сужены, вены умеренно расширены. В макулярной области видны очажки с зоной перераспределения пигмента.

Левый глаз: острота зрения — 0,1, с коррекцией +0,5Д = 0,4. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины. Диаметр зрачка — 4 мм, реакция на свет живая. Хрусталик прозрачный. Отмечена легкая деструкция стекловидного тела.

Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы четкие. Артерии немного сужены. Вены не равномерного калибра. В макулярной области имеют место белые мелкие дистрофические очажки.

**Заключение:** макулодистрофия обоих глаз. Состояние после перенесенного генерализованногоuveита обоих глаз сифилитической этиологии.

Х., 34 года, разведен, бухгалтер фирмы. Поступил в Республиканскую офтальмологическую больницу 13.09.1996 г. с жалобами на появление около 7 дней назад пелены перед правым глазом. До этого в течение последних 3—4 недель отмечал преходящее ухудшение предметного зрения правого глаза.

Был осмотрен офтальмологом. Правый глаз: острота зрения — 0,1 н/к. Глаз раздражен. Роговица: отек эпителия, на эндотелии в нижней ее трети — мелкие точечные преципитаты. На дне передней камеры — осадокфибрин высотой 2 мм. Зрачок округлый, реакция на свет вялая. Хрусталик прозрачный. Прозрачность стекловидного тела снижена. Диск зрительного нерва розового цвета, границы не совсем отчетливы. Артерии сужены. Вены расширены, местами извиты.

Левый глаз — без изменений.

**Диагноз:**uveitis правого глаза неясной этиологии.

Серологические реакции крови на сифилис оказались резко положительными. При поступлении вожно-венерологический диспансер больному поставлен диагноз вторичного свежего сифилиса. Проведен курс пенициллиотерапии в сочетании с витаминами В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, алоэ. Через 15 дней после начала лечения значительно улучшилась острая зрения правого глаза (0,4), исчез отек эпителия роговицы, частично рассосался фибрин. Незамедлительный эффект противосифилитического лечения вплоть до полного купирования процесса в правом глазу подтвердил сифилитическую этиологию его поражения.

В последнее время при сифилитическом поражении отмечается увеличение частоты поражения слуховых нервов.

M., 35 лет, разведен, работает охранником. Поступил в отделение слухоулучшающей хирургии Республиканской клинической больницы 06.01.1997 г. с жалобами на появление шума в ушах и снижение слуха в течение последних 3 недель.

На аудиограмме: двустороннее симметричное снижение слуха по нейросенсорному типу; повышение порогов воздушного звукопроведения до 90 дБ на высокие частоты.

Заключение: острый двусторонний кохлеарный неврит.

Реакция Вассермана от 10.01.1997 г. резко положительна. Большой направлен к дерматовенерологу. При осмотре на коже туловища обнаружена обильная розеолезная сыпь. В области головки толового члена безболезненная, округлая, плотная в основании эрозия (0,3 × 0,6 см). Подмыщечные и паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон до размера фасоли, плотноэластические, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Диагностирован вторичный свежий сифилис. Проведено лечение пенициллином, витамином В<sub>12</sub>, алоэ, апилаком, после которого шум в ушах исчез. Сурдологом диагностирован двусторонний кохлеарный неврит сифилитической этиологии.

Приведенные выше наблюдения свидетельствуют о том, что врачи, особенно узких специальностей, все еще недостаточно ознакомлены с многообразием клинических проявлений сифилиса во вторичном периоде. Только данные серологических исследований крови побуждают их в конце концов направлять больного к дерматовенерологу. Причины этого — отсутствие настороженности со стороны врачей к возможности того, что больной заражен венерическим заболеванием, а также редкость сифилитического поражения зрительного аппарата и органа слуха.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антоньев А.А., Нешков Н.С., Луганский Н.Е.// Вестн. дерматол. — 1978. — № 9. — С. 75—78.
2. Васильев Т.В., Лосева О.К.// Клин. мед. — 1977. — № 7. — С. 136—142.
3. Евстафьев В.В., Левин М.М.// Вестн. дерматол. — 1988. — № 4. — С. 78—79.
4. Зайцева Н.С., Кацельсон Л.А. Увеиты. — М., 1984.
5. Золотарева М.М. Избранные разделы клинической офтальмологии. — Минск, 1973.
6. Зудин Б.И. Избранные лекции по дерматовенерологии. — М., 1971.
7. Омаров И.М., Галимова Р.З.// Вестн. дерматол. — 1986. — № 1. — С. 72—74.
8. Скрипкин Ю.К., Борисенко К.К., Глозман В.Н.// Вестн. дерматол. — 1975. — № 9. — С. 40—45.
9. Трон Е.Ж. Заболевания зрительного пути. — Л., 1955.
10. Фришман М.П., Старостина Л.Л., Тесленко Л.С.// Вестн. дерматол. — 1980. — № 5. — С. 74—76.
11. Chapel T.A.// Sex. transm. Dis. — 1980. — Vol. 7. — P. 161—164.

Поступила 04.03.97.

## CASES OF THE AFFECTION OF VISUAL AND AUDITION ORGANS IN EARLY FORMS OF SYPHILIS

V.I. Shaikhrazieva, V.V. Guryanov, V.Yu. Dyadkin,  
G.I. Mavlyutova, A.G. Gataullin

### Summary

The peculiarity of syphilis course in the present — day stage is the affection of internal organs, visual and audition organs. The rarity and lack of the affection specific clinical picture of visual and audition organs in early forms of syphilis can be a result of diagnostic errors. The observations presented testifies that the variety of the clinical picture of syphilis is not adequately studied by physicians of particular specialties.