
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

А. Ю. Родин, Г. В. Еремина, Е. А. Сердюкова

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра дерматовенерологии

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, ОШИБОЧНО ДИАГНОСТИРОВАННЫЙ КАК ТРЕТИЧНЫЙ ГУММОЗНЫЙ СИФИЛИС

УДК 616.31-006.6:616.31-002.6

В статье анализируются причины ложноположительных серологических реакций крови на сифилис. Авторы приводят собственное клиническое наблюдение ошибочной диагностики третичного сифилиса у пациентки 56 лет с плоскоклеточным раком слизистой полости рта.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак, третичный сифилис, ложноположительные серологические реакции крови на сифилис.

A. Y. Rodin, G. W. Erjemina, E. A. Serdjukova

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE ORAL MUCOSA ERRONEOUSLY DIAGNOSED AS TERTIARY GUMMATOUS SYPHILIS

The article describes the causes of false-positive serological tests for syphilis in the blood. The authors present their own clinical observations of an erroneous diagnosis of tertiary syphilis in a patient aged 56 with squamous cell carcinoma of the oral mucosa.

Key words: squamous cell carcinoma, tertiary syphilis, false-positive serological tests for syphilis in blood.

Положительные серологические реакции на сифилис не всегда свидетельствуют о наличии сифилитической инфекции в организме. Чаще всего это проявление перенесенного сифилиса в анамнезе, при этом трепонемные тесты могут оставаться положительными в течение длительного времени, иногда пожизненно. Отрицательные нетрепонемные тесты в этом случае могут явиться диагностическим критерием отсутствия спирохет в организме [2, 6, 7].

Однако положительные серологические реакции на сифилис могут быть ложноположительными при отсутствии сифилиса в анамнезе. Ложноположительные реакции могут быть острыми и хроническими [2, 3]. Острые ложные реакции часто выпадают в поздние сроки беременности, особенно в последние недели и в первые 10 дней после родов, поэтому за две недели до родов и течение 2 недель после родов серологические реакции не проводят, а их результаты не учитываются. Считается, что у 2% здоровых, ранее не болевших сифилисом беременных отмечаются ложноположительные реакции на сифилис.

Другими причинами острой неспецифической позитивности являются: воспаление легких, инфекционные заболевания, сотрясение мозга, обширные травмы, переломы, отравления и т. д. [3, 6]. С исчезновением основной причины реакции становятся отрицательными. Это происходит в течение 2—3 недель, иногда 4—6 месяцев. В этом случае позитивность может быть связана с тем, что в организме человека антитела вырабатываются не только на специфические (белковые, трепонемные), но и на антигены жировой природы, появляющиеся при многих видах воспаления (холестерин, лецитин и др.).

Хронические ложноположительные реакции могут быть вызваны перенесенными в прошлом малярией, лепрой, туберкулезом, бруцеллезом, системными коллагенозами, онкопатологией, циррозом печени и др. [1, 3, 4].

Таким образом, причинами ложных положительных реакций на сифилис могут быть:

1. Технические погрешности при проведении реакций (так называемый человеческий фактор).

2. Наличие общих антигенов у сходных возбудителей.

3. Изменение обмена веществ (в первую очередь липидного).

Поэтому дифференциальная диагностика ложной серопозитивности и наличия сифилитической инфекции является сложной не только медицинской, но и медико-социальной проблемой [7]. Выставление диагноза сифилиса (особенно позднего скрытого и неуточненного) в связи с возможностью ложноположительных реакций является очень ответственным в венерологической практике, поскольку влечет за собой сложное комплексное лечение, обследование всех членов семьи, длительный клинико-серологический контроль, профилактическое лечение во время каждой беременности, да и просто большую психическую травму.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Демонстрация трудности дифференциальной диагностики сифилиса и ложноположительных серологических реакций на фоне онкопатологии.

Нами [5] ранее описан случай вторичного рецидивного сифилиса, ошибочно диагностированный как системная красная волчанка (СКВ). Диагноз СКВ был выставлен заведующим терапевтическим отделением на основании наличия у больной алопеции, субфебрилитета, артралгии и «высыпаний» на коже туловища и в складках. Назначены системные кортикостероиды, противомаларийные препараты. После получения положительных серологических реакций крови на сифилис была осмотрена дерматологом и выставлен диагноз: вторичный рецидивный сифилис. Специфическое лечение привело к быстрому клиническому выздоровлению.

По нашему мнению, приводимый ниже следующий клинический случай является интересным, поскольку представляет собой сочетание перенесенного сифилиса и онкопатологии, приведшей к резкому возрастанию серопозитивности.

Клинический случай. Больная Т., 56 лет, бомж, злоупотребляет алкоголем. В 2008 г. при прохождении стационарного лечения по поводу инфильтративного туберкулеза легкого (с исходом в пневмосклероз) привлечена как половой контакт больного Х., у которого был диагностирован диагноз: вторичный сифилис. Пациентке был выставлен диагноз: скрытый ранний сифилис, проведено специфическое лечение: ретарпен 2,4 млн. ЕД в/м № 4. Клинико-серологический контроль проходила с положительной динамикой (снижением уровня позитивности, а также титра антител более чем в 4 раза). Однако через 1,5 года после заболевания серологические реакции стали резко позитивными: RW 3+, 3+, 3+; РИФаbc 4+, РИФ200 4+, ИФА (IgG — положительно, титр 1 : 160; IgM — положительно, титр 1 : 20), РПГА положительно, титр 1 : 1280 от 10.06.10 г.

Направлена на стационарное лечение в кожно-отделение ОКБ № 1 с предварительным диагнозом:

скрытый поздний сифилис? реинфекция? В отделение госпитализировалась только 02.10.10 г. с жалобами на высыпания в полости рта, болями, иррадирующими в левое ухо, левую половину лица.

При осмотре: индуративная (до каменистой) инфильтрация в области шеи и левой околоушной области (рис. 1) с гнойными выделениями из левой половины носа. Наличие язвы с прободением костной ткани твердого неба слева. Тризм жевательной мускулатуры. В наружном слуховом проходе слева — гнойное отделяемое, центральная перфорация. Осмотрена лор-врачом, диагноз: третичный сифилис, множественные гуммы шеи и полости рта. Специфический гнойный хронический средний отит (мезотимпанит) слева. Гнойный гайморит слева.



Рис. 1. Пациентка Т., узел в области шеи

Обращает на себя внимание, что при поступлении через 4 месяца после направления в стационар серологическая картина резко изменилась: RW, СЭМ, ИФА — отрицательны, РИФ 200 (3+), РИФаbc (4+), РПГА (4+).

Обследована: УЗИ ОБП — без особенностей, ЭКГ — дистрофические изменения миокарда, рентгенография придаточных пазух носа и височных костей по Мюллеру и Майеру: пристеночное утолщение слизистой правой верхнечелюстной пазухи и гомогенное затемнение левой носовой, клеточная система сосцевидного отростка редуцирована, пирамида уплотнена. Проведено исследование спинномозговой жидкости (RW, СЭМ — отрицательны).

Осмотрена смежными специалистами: окулистом — диагноз: ангиопатия сетчатки по смешанному типу обоих глаз; неврологом — убедительных данных за специфическую патологию нет, челюстно-лицевым хирургом — диагноз: *Lues III*, абсцедирующий лимфаденит зачелюстной области в стадии самопроизвольного вскрытия слева. *Neo?* (рис. 2). Проведено обследование: общий анализ крови — Эр. $3,2 \times 10 \times 12$, Нв 105 г/л, тромбоциты $644 \times 10 \times 9$, Ле $7,0 \times 10 \times 9$, э2, п8, с53, л36, м1, СОЭ 14 мм/ч, АЛТ 18,3 ЕД/л, АСТ 33,9 ЕД/л, билирубин 10,5 мкмоль/л, тимоловая проба 1,2 ЕД, глюкоза сыворотки крови 3,9 ммоль/л. Общий анализ мочи:

уд. вес 1012, цвет — соломенно-желтый, реакция щелочная, белок не обнаружен, Ле 1-2 в п/з, соли — фосфаты незначительно.



Рис. 2. Пациентка Т., распад узла через 1 месяц с образованием глубокой фистулы с гнойным отделяемым

Учитывая анамнез (перенесенный сифилис), асоциальный образ жизни пациентки, необычную клиническую симптоматику, данные серологического обследования, выставлен диагноз: *Lues III, gumosa active? Neo?* Назначено пробное лечение: раствор бензилпенициллина 400 тыс. ЕД × 8 р/д, курсовая доза 28 млн. 800 тыс. ЕД, витамин В12 № 10 без клинического эффекта. Одновременно взята биопсия с очага с последующей консультацией онколога. 28.10.10 получен результат: высокодифференцированный плоскоклеточный рак. Рекомендовано наблюдение у онколога по месту жительства в связи с невозможностью

проведения радикального лечения. 20.12.10 больная умерла дома, вскрытие не проводилось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенный случай, по нашему мнению, интересен сочетанием перенесенной сифилитической инфекции в прошлом, в связи с этим сложностью исключения третичного гуммозного поражения. Однако резкие колебания позитивности серологических реакций (от резкоположительных нетрепонемных тестов (4+) до негативных), диффузная каменистая плотность верхней челюсти и левой половины шеи позволили заподозрить онкологическую патологию. В данном случае первичный очаг — плоскоклеточный рак слизистой твердого нёба с перфорацией последнего и метастазами в лимфатические узлы. Таким образом, серопозитивность на сифилис у больной можно расценить как ложную на фоне онкопатологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вислобоков А. В., Костюк С. И. // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2004. — № 3. — С. 41—42.
2. Дмитриев Г. А., Доля О. В., Василенко Т. И. Сифилис: феномен, эволюция, новации. — М.: Изд-во Бином, 2010. — 260 с.
3. Лабораторная диагностика сифилиса. Методические рекомендации. — 2009. — Изд-во: Н-Л. — 72 с.
4. Ломоносов К. М., Новоселов В. С. // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2005. — № 4. — С. 5—7.
5. Родин А. Ю., Шава С. Н. // Клиническая дерматология и венерология. — М. — 2003, № 3. — С. 26—28.
6. Чеботарев В. В. Сифилис. — 2011. — Ставрополь: Седьмое небо. — 444 с.
7. Чеботарев В. В., Земцов М. А., Чеботарева Н. В. // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2005. — № 4. — С. 7—10.