

**А.А. КАБУЛБЕКОВА, А.В. КРАСНОВ, Е.С. АЛДОНГАРОВ, О.А. АСШЕМАН, И.Ш. ДОРОФЕЕВА**

*Кафедра дерматовенерологии и эстетической медицины  
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова  
Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК*

### **ПРИОБРЕТЕННАЯ СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ У РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ**

*В данной статье приведено описание клинического случая заболевания приобретенного вторичного рецидивного сифилиса у ребенка 11 месяцев. Особенностью данного заболевания, является его скрытое течение и чрезвычайно разнообразные симптомы, поэтому оно требует особого внимания, не только со стороны дерматовенерологов, но и со стороны педиатров, врачей общей практики и врачей скорой помощи.*

**Ключевые слова:** *Приобретенный сифилис, ребенок, клиника, диагностика*

Приобретенный сифилис у детей в большинстве случаев является следствием бытового заражения. Источником заражения, как детей младшего возраста, так и старшего - могут быть родители, родственники или ухаживающий персонал, больные заразными формами сифилиса. В этих случаях болезнь может быть передана через поцелуй, при пользовании предметами, бывшими в употреблении у больных сифилисом (посуда, зубная щетка и т. д.). Клинические симптомы сифилиса у взрослых и приобретенного сифилиса у детей почти не отличаются, но у последних имеет своеобразные особенности. В начале вторичного периода у детей чаще появляется розеолезная обильная, мелкая, симметричная сыпь, не склонная к группировке, хотя иногда наблюдается и сливающаяся розеола (*roseola confluens*), чаще встречающаяся в настоящее время. Помимо обильных пятнистых и папулезных высыпаний, принимающие иногда мокнущий характер, реже язвенный. Часто мокнущие сыпи наблюдаются у грудных детей, обладающих тонким роговым слоем, вследствие чего кожа у них подвергается мацерации. Особенно заразными для окружающих являются мокнущие сыпи на коже и слизистых оболочках, где всегда можно обнаружить большое количество бледных спирохет. Сыпи на коже, подвергаясь обратному развитию, оставляют после себя вторичную гиперпигментацию, исчезающую через определенный промежуток времени. У детей с приобретенным сифилисом не всегда можно обнаружить твердый шанкр. В большинстве случаев он протекает атипично, быстро дает обратное развитие, вследствие чего остается нераспознанным. Однако у некоторых больных детей сохраняются твердый шанкр или его остатки в виде рубца или пигментного пятна. К вторичному периоду увеличиваются почти все периферические лимфатические узлы [1-4].

По данным 2009 г. в Республике Казахстан на 100 тыс. населения приходится 20 случаев заболевания сифилисом среди детей до 14 лет. По данным ряд исследователей, чаще заболевают дети до 14 лет, причем нередко от 6 месяцев до 1,5 лет [3].

Дифференциальную диагностику сифилиса проводят с псориазом, красным плоским лишаем, параспориозом, пигментной крапивницей, ложносифилитическими папулами, лишаем золотушных, остроконечными кондиломами и др. [1-4].

В связи с этим, целью нашей статьи явилось описание клинического случая заболевания вторичным рецидивным сифилисом у ребенка 11 месяцев. Особенностью данного заболевания, является его скрытое течение и чрезвычайно разнообразные симптомы, поэтому оно требует особого внимания, не только со стороны дерматовенерологов, но и со стороны педиатров, врачей общей практики и врачей скорой помощи. Недаром французские сифилидологи 19 века называли сифилис "великой обезьяной" из-за его схожести со многими заболеваниями кожи.

Больная Т., 25.02.2012 года рождения поступила в дерматовенерологическое отделение 24.01.2013г. в НИКВИ с диагнозом: Сифилис вторичный рецидивный (мелкоочаговая алопеция, эрозивные папулы в перианальной области, RW от 18.01.2013 г.- 4+, 4+, Мр 4+.)

Со слов матери жалобы на высыпания в перианальной области у ребенка, выпадение волос.

Anamnesis morbi: 15.01.2013 года у мамы ребенка появились высыпания по телу, больная самостоятельно обратилась в частную клинику к врачу, где были проведены серологические исследования и установлено микрореакция от 15.01.13 - положительная; RW от 16.01.13 IAg 4+, IIAg4+. Сразу же как бытовой контакт был обследован ребенок, у которого установили положительные серологические реакции RW от 18.01.13 IAg 4+, IIAg4+, микрореакция - 4+.

В связи с вышеизложенным мама с ребенком были направлены в дерматовенерологическое отделение НИКВИ на стационарное лечение.

Из anamnesis vitae: Общее состояние ребенка удовлетворительное со стороны внутренних органов патологии не обнаружены.

Кожные покровы и слизистые оболочки вне очагов поражения обычной окраски, чистые. Ребенок-девочка родилась от 1-й беременности. Беременность протекала без особенностей. Роды протекали без осложнений, ребенок закричал сразу, оценка по шкале Апгар – 6-7 баллов. Рост при рождении – 51см, масса тела – 3300 г. Физиологическая желтуха после рождения – непродолжительная. В периоде новорожденности не болела.

В дальнейшем развивалась в соответствии с возрастом. Зубы начали прорезываться в 5 месяцев. Держать головку стала в 2 месяца, сидеть – в 5 месяцев, стоять – в 8-9 месяцев, ходить – в 10 мес. Ребенок находился на естественном вскармливании – до момента госпитализации в НИКВИ. Профилактические прививки – в срок, ребенком переносились без осложнений. Реакция Манту – отрицательная. Переливаний крови, плазмы, введения иммуноглобулина не было.

Аллергологический и наследственный анамнез без особенностей.

Со слов матери в декабре 2012 года, у ребенка на больших половых губах и перианальной области появились высыпания. Обратилась к участковому врачу-педиатру, где был выставлен диагноз: «Пеленочный дерматит». Получала соответствующее лечение, после чего мама наблюдала кратковременное улучшение.

Status localis: Патологический кожный процесс хронический в стадии обострения. Сыпь не обильная, асимметричная, полиморфная, представлена пятнами, папулами, локализующимися на волосистой части головы, в перианальной области. На волосистой части головы преимущественно на теменной и височной областях отмечается большое число мелких очажков облысения по типу «мех, изъеденный молью», диаметром = 0,5-0,8см, не сливающихся между собой. В перианальной области обнаруживаются лентикулярные папулы ярко розового цвета, не сливающиеся между собой, на поверхности которых отмечаются мокнущие эрозии со скудным серозным отделяемым. Лимфатические узлы в паховой и подмышечной областях увеличены до размеров горошины, безболезненны, не спаяны между собой и подлежащей тканью, цвет кожного покрова над ними не изменен. Волосы и ногти не поражены (рисунок 1,2,3).

Ребенок был обследован, результаты серологических реакций - микрореакция от 25.01.13 - положительная; RW от 25.01.13 IAg 4+, II Ag4+, РИФ abc от 25.01.13 – положительный.

После проведенной полноценной специфической терапии, патологический кожный процесс полностью регрессировал. Больная была выписана под наблюдение дерматовенеролога, по месту жительства и проведение серологического контроля через один месяц.



Рисунок 1



Рисунок 2



### Рисунок 3

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А. Рубинс «Дерматовенерология»/ Под ред. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Панфилова, 2011г С. 119, 123, 142.
- 2 Соколова Т.В. «Практические навыки в дерматовенерологии» - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2011. – 54 с.
- 3 <http://www.inform.kz/rus/article/236531>.
- 4 Скрипкин Ю.К. Клиническая дерматовенерология //Руководство для врачей – М.: Гэотар –Медиа, 2009. - С. 564-588.

**Түйін:** Айталмыш мақалада екінші рецидивті мерез ауруына шалдыққан 11 айлық нәрістенің клиникалық уақиғасы сипатталады. Бұл аурудың өзгешелігі оның жасырын ағымды түрде және әртүрлі симптомды болып келеді, сол себептен оған дерматовенерологтар ғана емес жалпы тәжірбелі дәрігерлер, педиаторлар және жедел жәрдем қызметкерлерде аса көңіл аударуы керек.

**Түйінді сөздер:** Иемденген сифилис, нәресте, клиника, диагностика.

**Resume:** This article describes the clinical cases of acquired secondary recurrent syphilis, a child of 11 months. A feature of this disease is its hidden within and extremely varied symptoms, so it requires special attention, not only from the Dermatovenereologists, but also by pediatricians, general practitioners and emergency doctors.

**Keywords:** Acquired syphilis, child, clinic, diagnostics.