

5. Дрегалкина А.А. Современные аспекты антибактериальной терапии в практике врачей - стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов / А.А. Дрегалкина, И.Н. Костина // Проблемы стоматологии. – 2017. – Т. 13. – № 2. – С. 39-44.
6. Икрамов Г.А., Шомуродов К.Э., Юсуфов Н.И., Олимжонова Г.Г. Современный взгляд на этиопатогенез одонтогенных абцессов и флегмон челюстно-лицевой области // Интернаука. – 2020. – № 45-1 (174). – С. 45-46.
7. Лепский В.В. Ошибки врача стоматолога при определении показаний к лечению заболеваний зубов и операции удаления зуба (Клинические наблюдения) // Вести, пробл. биол. и медицины. – 2015. – Т. 1 (124) – №4. – С. 293-295.
8. Мусаев У. Ю., Ризаев Ж. А., Шомуродов К. Э. Новые взгляды на проблему стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения //Stomatologiya. – 2017. – №. 3. – С. 9-12.
9. Тарасенко С.В., Вавилова Т.П., Морозова Е.А. Влияние лазерного излучения на регенерацию тканей челюстно-лицевой области / С.В. Тарасенко, Т.П. Вавилова, Е.А. Морозова [и др.] // Лазерная медицина. – 2014. – Т. 18. – № 4. – С. 61-62.
10. Чуйкин С.В., Хасанов Т.А., Шикова Ю.В., Макушева Н.В., Изосимов А.А., Викторов С.В., Рахмангулов Р.Р. Местное лечение гнойных ран при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у детей // Проблемы стоматологии. – 2019. – Т. 15. – №1. – С. 99-103.
11. Шаева Р. и Шомуродов, К. 2022. Пути оптимизации комплексного лечения гнойно воспалительных заболеваний челюстно- лицевой области (обзор литературы). Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. 2, 2 (фев. 2022), 13–17. DOI: <https://doi.org/10.26739.2181-0966-2021-2-2>.
12. Шомуродов К. Э. Актуальные этические принципы и клинический подход в детской стоматологии //Гуманитарный трактат. – 2018. – №. 24. – С. 69-72.
13. Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С., Шаева Р.Г. Ошибки в диагностике острых воспалительных заболеваний периапикальных тканей в догоспитальном периоде // Стоматология – наука и практика, перспективы развития. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения профессора Е.А. Магида. Волгоград, 2021. С. 247-249.
14. Шомуродов К. Э. Особенности баланса цитокинов в десневой жидкости при одонтогенной флегмоне челюстно-лицевой области // Врач-аспирант. – 2010. – Т. 42. – №. 5.1. – С. 187-192.
15. Surgical Wound Irrigation: Strategy for Prevention of Surgical Site Infection Nurse Care [Text] / Zamudio E. [et al.] // Open Acces J. – 2017. – Vol. 3(1). – P.00062.

УДК: 616-002.621-035.7

СЛУЧАИ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК В ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ

СИФИЛИСА

Борис ЛЮБАН^{1, а}, Бахрамбек МУХАМЕДОВ^{2, b}, Наргиза ИБРАГИМОВА^{3, с}, Григорий ПЯГАЙ^{4, d}, Мияссар АЛЛАЕВА^{5, e}, Нилуфар МАЛИКОВА^{6, f}, Малика СОЛМЕТОВА^{7, g},

¹ к.м.н. доцент Больничная клиника Макаби, консультант (Израиль)

² к.м.н. доцент Ташкентский государственный стоматологический институт

³ PhD Ташкентский государственный стоматологический институт

⁴ к.м.н. Ташкентский государственный стоматологический институт

⁵ к.м.н. доцент Ташкентский государственный стоматологический институт

⁶ PhD Ташкентский государственный стоматологический институт

⁷ Ташкентский государственный стоматологический институт

^a garlu17@gmail.com

^b mukhamedov69@mail.ru ^c nargiza.is23@gmail.com ^d gregbae@mail.ru

^e allaeva_m.d@mail.ru ^f dr.malikova@gmail.com

^g solmetova.malika@gmail.com

CASES OF ERRORS IN THE PRIMARY PERIOD OF SYPHILIS

Boris LYUBAN ^{1, a}, Bahrambek MUKHAMEDOV^{2, b},
Nargiza IBRAGIMOVA^{3, c}, Grigory PYAGAY^{4, d}, Miyassar ALLAYEVA ^{5, e},
Nilufar MALIKOVA^{6, f}, Malika SOLMETOVA^{7, e}

¹Macabi Hospital Clinic, Consultant (Israel)

² PhD Associate Professor, Tashkent State Dental Institute

³ PhD, Tashkent State Dental Institute

⁴ PhD, Tashkent State Dental Institute

⁵ PhD Associate Professor, Tashkent State Dental Institute

⁶ PhD, Tashkent State Dental Institute

⁷ Tashkent State Dental Institute

^a garlu17@gmail.com

^b mukhamedov69@mail.ru ^c nargiza.is23@gmail.com ^d gregbae@mail.ru

^e allaeva_m.d@mail.ru ^f dr.malikova@gmail.com

^g solmetova.malika@gmail.com

ЗАХМНИНГ БИРЛАМЧИ ДАВРИДА ЙЎЛ ҚЎЙИЛАДИГАН

ХАТОЛИКЛАР ХОЛАТЛАРИ

Борис ЛЮБАН ^{1, a}, Бахрамбек МУХАМЕДОВ ^{2, b}, Наргиза ИБРАГИМОВА^{3, c},
Григорий ПЯГАЙ ^{4, d}, Мияссар АЛЛАЕВА ^{5, e}, Нилуфар МАЛИКОВА^{6, f}, Малика
СОЛМЕТОВА^{7, g}

¹ т.ф.н. доцент Макаби клиникаси, консультант (Исроил)

² т.ф.н. доцент Тошкент давлат стоматология институти

³ PhD Тошкент давлат стоматология институти

⁴ т.ф.н. доцент Тошкент давлат стоматология институти

⁵ т.ф.н. доцент Тошкент давлат стоматология институти

⁶ PhD Тошкент давлат стоматология институти

⁷ Тошкент давлат стоматология институти

^a garlu17@gmail.com

^b mukhamedov69@mail.ru ^c nargiza.is23@gmail.com ^d gregbae@mail.ru

^e allaeva_m.d@mail.ru ^f dr.malikova@gmail.com

^g solmetova.malika@gmail.com

АННОТАЦИЯ

В данной статье освещаются сложности диагностики и лечения первичного сифилиса. На примере конкретных клинических случаев разбираются частые

ошибки врачей разных специальностей в диагностике и ведении данной категории больных.

Ключевые слова: сифилис, инфекции передаваемые половым путем, *Treponema pallidum*

ABSTRACT

This article discusses the complexity of diagnosis and treatment of primary syphilis. On the rise, cases of occurrence of frequent errors in doctors of specialties were revealed.

Keywords: syphilis, sexually transmitted infections, *Treponema pallidum*

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақолада бйрламчи захмнинг ташхислаш ва даволашнинг кийинчиликлари еритилган. Муайян клиник ҳолатлар мисолида захм билан оғриган беморларнинг диагностикаси ва даво тактикасидаги турли мутахассисликлардаги шифокаорларнинг ҳатолик ҳолатларга учраши келтирилган.

Калит сузлар: Захм, жинсий йўл билан юкадиган касалликлар, *Treponema pallidum*

По образному выражению врачей прошлого, сифилис «обезьяна всех болезней», то есть, может симулировать очень многие заболевания. Поэтому знание клиники сифилиса во всех его стадиях необходимо врачам общей практики, к подготовке которых приступили высшие медицинские учебные заведения Республики Узбекистан. Опыт показывает, что наибольшее число ошибок в диагностике совершается врачами первичного звена здравоохранения, так как именно к ним впервые обращается больше больных с самыми различными жалобами. Наиболее часто их допускают терапевты, гинекологи, хирурги, отоларингологи, дерматовенерологи. В написании статьи

авторами использовались и анализировались архивные данные больных КВД Республики Узбекистан.

Возбудителем сифилиса является бледная трепонема, относящаяся к роду *Treponema*, семейству *Treponemataceae*, входящего в порядок *Spirochaetales* [7]. Возбудитель сифилиса был открыт в 1905 г. Shaudin и Hofmann. Он представляет собой спираль из 8-14 завитков, длиной около 8-14 мк. В 1965 г. Н.М.Овчинников и В.В. Делекторский обнаружили образование цист у бледной трепонемы.

По окончании инкубационного периода на месте внедрения бледных трепонем возникает твердый шанкр или первичная сифилома. Обычно это эрозия или язва округлых очертаний с гладким блестящим дном цвета свежего разрезанного мяса, либо покрытым некротическим налетом цвета испорченного сала [2,5].

Диаметр твердого шанкра обычно не превышает 1,0 см, но встречаются и очень мелкие так называемые «карликовые» шанкры. Их ничтожный размер и отсутствие субъективных ощущений служат причиной крайне редкого самостоятельного обращения больных к врачу, а также ошибок в диагностике из-за того, что в сознании врача поверхностная эрозия или язвочка, которую нередко не замечает и сам больной, часто не ассоциируется с грозным заболеванием. Кроме того, для подтверждения диагноза необходимо найти в отделяемом эрозии или язвы бледные трепонемы, а это под силу только опытному лаборанту [3,4].

Наиболее часто твердый шанкр приходится дифференцировать с особой формой пиодермии, нередко локализующейся на половых органах и поэтому названной шанкриформной. Это эрозия или язва округлой или овальной формы, обычно несколько крупнее среднего твердого шанкра, в основании которой определяется плотный довольно болезненный инфильтрат. В отличие от твердого шанкра в окружности эрозии или язвы также наблюдается гиперемия и воспаление кожи [6].

Во всех случаях необходимо начать дело с тщательного сбора анамнеза, лабораторного исследования отделяемого язв и пунктата лимфоузлов на бледную трепонему, а также постановки серологических реакций на сифилис. Даже в случае отрицательных результатов этих анализов их следует неоднократно повторить. Полезным оказывается также привлечение к обследованию половых партнеров. Делать это следует осторожно, соблюдая правила медицинской деонтологии.

Не реже на половых органах встречается проявление другой болезни - пузырькового лишая (*Herpes genitalis*). При этом первоначально на коже возникают пузырьки, чего никогда не наблюдается при твердых шанкрах. Вскоре они вскрываются, образуя эрозии, сгруппированные на отечном и гиперемизированном фоне. В момент образования пузырьков больной может испытывать болезненность и зуд кожи, но бывает это далеко не всегда. Ближайшие лимфоузлы иногда реагируют на появление высыпаний увеличением, но сохраняют мягкую консистенцию и обычно болезненны. Следует обратить внимание на анамнез, так как часто выясняется наличие подобных высыпаний в прошлом. Пузырьковый лишай имеет хроническое рецидивирующее течение с быстрым возникновением и обратным развитием. Отличительными чертами множественного эрозивного твердого шанкра в таких случаях бывают: плотный инфильтрат, безболезненность эрозий, наличие сопутствующего безболезненного плотно-эластического склеро- , а затем и полиаденита. Из лабораторных исследований следует выделить обнаружение бледной трепонемы и еженедельное исследование серологических реакций крови на сифилис. Иногда в особо сомнительных случаях приходится привлекать к обследованию половых партнеров. Памятуя об особенностях течения сифилиса в последние годы, каждый больной с установленным диагнозом *Herpes genitalis* должен находиться после выздоровления на ежемесячном клинко-серологическом контроле не менее 6 месяцев. Не лишним будет иммуноферментный анализ (ИФА) на ВИЧ [1].

В последнее время все чаще стало встречаться расположение чесоточных элементов на половых органах. В случаях осложнения пиодермией они становятся трудно отличимыми от множественных твердых шанкров, что создает трудности в диагностике. При этом образуются мелкие, малоблезненные язвочки, расположенные на довольно плотном отеком основании без воспалительных изменений. Специфическое увеличение лимфоузлов отсутствует, либо они мелкие, болезненные и мягкой консистенции. Часто основной жалобой больного является ночной зуд. Следует уделить серьезное внимание осмотру остальных кожных покровов, при этом имея в виду, что длительно существующая чесотка вследствие осложнения вторичной инфекцией может сопровождаться полиаденитом. Как и в предыдущих случаях, решающее значение приобретает исследование на бледную трепонему (и на чесоточного клеща), повторное исследование серореакций крови на сифилис, а также обследование половых и бытовых контактов, дезинсекция в очаге. Учитывая возможность одновременного с чесоткой заражения сифилисом, больные должны оставаться после лечения под ежемесячным клинико-серологическим контролем не менее 6 месяцев.

Другие поражения в области гениталий, которые следует дифференцировать с твердым шанкром, имеют столь выраженную специфическую клиническую картину, что мы в данной главе считаем возможным ограничиться лишь их перечислением: мягкий шанкр, многоформная и сульфаниламидная эритемы, новообразования, туберкулезные язвы, у женщин - острая язва вульвы Чапина-Липшютца, а также гонококковые и трихомонадные язвы. Причина же врачебных ошибок в дифференциальной диагностике твердого шанкра в большинстве случаев кроется в недостаточной общемедицинской подготовке отдельных специалистов, а также невнимательном, поверхностном подходе к обследованию больного.

Следует помнить, что в первые недели после появления твердого шанкра результаты серологических реакций дают отрицательный результат, что является дополнительным источником для неверных суждений об отсутствии

сифилиса. К чему это может привести на практике, видно из следующего примера.

У **больного П.**, 24 лет, работника общепита, при очередном медосмотре были обнаружены две эрозии размером со спичечную головку в завенечной борозде полового члена. Сам больной их не замечал, при беседе с врачом посторонний половой контакт категорически отрицал. Ввиду отсутствия склероаденита врач ограничился исследованием крови на КСР, которое дало отрицательный результат, и выставил диагноз Herpes progonitalis. При повторном медосмотре через 3 месяца анализ крови на RW (4+4+) 1:320. При осмотре обнаружены: папулезная ангина, специфический ларингит, розеола на туловище, папулы вокруг ануса, полиаденит. Установлен диагноз вторичного рецидивного сифилиса.

Также в заблуждение могут ввести и необычно крупные «гигантские» твердые шанкры, размер которых подчас достигает 2 и более см в диаметре.

Больной Р., 32 лет, рабочий, поступил в клинику 5.09.1994 г. с диагнозом: сифилис первичный серопозитивный, гигантский твердый шанкр на лобке, специфический двусторонний склеро- и полиаденит.

Из анамнеза выяснилось, что в начале июля 1994 г. имел случайную половую связь с гражданкой Б., 23 лет. Через 1 месяц заметил безболезненную язвочку на лобке. 10.08.1994 г. обратился к дерматовенерологу. Полный осмотр, пальпация лимфатических узлов и исследование на бледную трепонему не проводились. При анализе крови на RW получен отрицательный результат. Лица, с которыми больной имел половые контакты, к обследованию не привлекались, а ему было назначено лечение по поводу «пиодермии».

02.09.1994 г. жена больного обратилась в женскую консультацию по поводу оформления декретного отпуска в связи с предстоящими родами. При осмотре гинеколог обратил внимание на небольшую эрозию на правой большой половой губе. Беременная была направлена на консультацию в кожвендиспансер, где диагностирован первичный серонегативный сифилис, а у мужа Р., ранее обращавшегося к врачу, - первичный серопозитивный сифилис.

Была привлечена к обследованию и источник заражения гражданка Б., у которой установлен вторичный рецидивный сифилис.

Данный случай послужил причиной разбора на врачебной конференции.

Наибольшие затруднения в диагностике первичного сифилиса, на наш взгляд, представляют расположенные вне половых органов, так называемые «экстрагенитальные» шанкры. Как правило, в этих случаях диагноз сифилиса устанавливается только во вторичном периоде, когда появляется розеолезная сыпь на коже. Для примера приводим следующий случай из нашей практики.

Больной Р., 30 лет, поступил в клинику 28 февраля 1972 г. с диагнозом: вторичный свежий сифилис.

Из анамнеза выяснилось, что месяц назад по поводу язвы на левом запястье обращался к дерматовенерологу. Анализ крови на КСР не брали, исследование на бледную трепонему не проводили. Был выставлен диагноз: стрептодермия. За 3 дня до поступления больной госпитализирован в терапевтическое отделение с острым бронхитом. Врач-терапевт также не обратил внимания на язву на левом запястье, не осмотрел кожные покровы, не пальпировал лимфатические узлы. В плановом порядке была взята кровь на КСР. Серореакции дали резкоположительный результат RW (4+4+) 1:320, К (4+) ЦХ (4+).

При поступлении в дермато-венерологическую клинику на левом запястье обнаружена безболезненная язва правильной округлой формы размером 2,5x1,5 см, в основании прощупывается инфильтрат хрящевой плотности. На коже туловища мелкая, яркая элевированная розеолезная сыпь. Лимфатические узлы в левой подмышечной области увеличены до размеров каштана, в остальных группах до фасоли плотно-эластической консистенции, безболезненны, подвижны. С поверхности язвы обнаружена бледная трепонема.

При опросе выяснилось, что около 3 месяцев назад больной был укушен в область левого запястья знакомой К. при попытке полового контакта. К. была разыскана, у нее установлен вторичный рецидивный сифилис.

Таким образом, экстрагенитальный шанкр был причиной диагностической ошибки, одновременно допущенной как дерматологом, так и терапевтом.

Насколько важна своевременная диагностика первичного сифилиса видно из следующего примера.

3 сентября 1979 г. обратилась мать с сыном Д., 12 лет, по поводу язвочки на половом члене. Со слов матери неделю назад сын получил травму ржавым гвоздем. При обращении в районный кожвендиспансер установлен диагноз: шанкриформная пиодермия. Исследование крови на КСР дало отрицательный результат. Ввиду малолетнего возраста пациента половой анамнез не собирался. Исследования на бледную трепонему не производилось. За несколько дней до поступления больной заметил увеличение паховых лимфатических узлов, что и послужило поводом к обращению. Исследование крови на КСР дало резкоположительный результат RW (4+4+) 1:40. С поверхности язвы обнаружена бледная трепонема. Диагноз: первичный серопозитивный сифилис (язвенный твердый шанкр на половом члене, двусторонний паховый склеро- и полиаденит).

При доверительной беседе с мальчиком в отсутствие матери выяснилось, что около 1,5 месяца назад после употребления спиртных напитков ночью с группой подростков имел групповой половой контакт с незнакомой пьяной женщиной на автобусной остановке. Были установлены фамилии и адреса 6 контактировавших с ней лиц. При их вызове все подтвердили вышеизложенное. Проявления сифилиса в виде экстрагенитального твердого шанкра на левом бедре, левостороннего бедренного склеро- и полиаденита выявлены только у одного из них. С поверхности твердого шанкра были обнаружены бледные трепонемы. Серологические реакции RW (4+)(4+) 1:20. Остальные контактировавшие с больной лица оказались здоровы. Всем им назначено превентивное

лечение по «Инструкции». Заболевание сифилисом у этих молодых людей, благодаря своевременно начатому превентивному лечению, удалось предотвратить.

Большие трудности в диагностике может представлять шанкр, расположенный вокруг соска.

Нам запомнился случай, когда в стационар поступила мать с грудным ребенком, которого она усыновила в роддоме после смерти во время родов своего сына. Как впоследствии оказалось, усыновление, вопреки правилам, было совершено без соблюдения необходимой процедуры предварительного обследования усыновляемого. При поступлении у ребенка С., 1,5 месяца, был установлен сифилис новорожденного (сифилитический насморк, инфильтрат вокруг рта). Серологические реакции на сифилис дали резкоположительный результат. При осмотре матери, которая кормила его грудью, вокруг левого соска обнаружен язвенный твердый шанкр округлой формы размером 1,5x1,5 см, в основании прощупывался инфильтрат хрящевидной плотности, выступающий за пределы язвы. Подмышечные лимфатические узлы слева были увеличены до косточки урюка, в остальных группах до мелкой фасоли, плотно-эластической консистенции, безболезненны, подвижны, кожа над ними не изменена. С поверхности язвы обнаружена бледная трепонема, RW (4+)(4+) 1:120. Установлен диагноз: сифилис первичный серопозитивный (экстрагенитальный твердый шанкр вокруг соска, левосторонний подмышечный склеро- и полиаденит).

До госпитализации приемная мать неоднократно показывала грудь врачу и лечилась по поводу «трещины соска». Матери и ребенку проведено противосифилитическое лечение по «Инструкции». Приемный отец здоров, получил превентивное лечение. В тех случаях, когда речь идет об экстрагенитальном расположении шанкра, уместно вспомнить о возможности биполярного расположения шанкров, расположенных как экстрагенитально, так и на половых органах. Нередко врач, обнаружив один из шанкров, совершает ошибку, принимая другой за проявление какого-либо заболевания.

Больной К., 85 лет, 1 февраля 1980 г. обратился к хирургу и был госпитализирован в хирургическое отделение больницы с диагнозом «парафимоз» и «язвенная пиодермия» верхней губы. Несмотря на

указание на половой контакт с малознакомой женщиной за месяц до заболевания, врач, учитывая старческий возраст больного, не придавал этому значения. Результаты RW от 4 февраля 1980 г. дали отрицательные результаты. 13 февраля 1980 г. после безуспешного местного лечения было произведено иссечение крайней плоти. Послеоперационный период протекал гладко без назначения антибиотиков, и спустя 10 дней больной был выписан из стационара. На следующий день после выписки он обратился в кожвендиспансер, где констатировано наличие твердого шанкра верхней губы (обнаружены бледные трепонемы, левосторонний подчелюстной и паховый склеро- и полиаденит). 25 февраля 1980 г RW (4+4+) 1:240, К (4+), ЦХ(4+). На основании клинических и анамнестических данных установлен диагноз первичного серопозитивного сифилиса (биполярный твердый шанкр на верхней губе и ретроспективный на крайней плоти, специфический левосторонний подчелюстной и паховый склеро- и полиаденита). Привлечена и обследована явившаяся источником заражения В., 32 лет, у которой установлен вторичный рецидивный сифилис.

Особенно часто, по нашим данным, «просматриваются» шанкры на шейке матки, в тех случаях, когда врачи не пользуются зеркалами.

Женщина К., 25 лет, в середине февраля 1981 г. вступила в сожительство с С., 28 лет, у которого заметила «язвочку» на половом члене. 17 марта обратилась к гинекологу с жалобами на сукровичные выделения из половых органов и сообщила врачу о своих подозрениях в отношении полового контакта с С., имевшего место месяц назад. При осмотре в зеркалах врач описывает эрозию в переднем сегменте шейки матки размером 1,5x1 см с ровными краями, ярко-розового цвета, сукровичные выделения из цервикального канала и отсутствие увеличения лимфатических узлов. RW от 17 марта 1981 года дала отрицательный результат. Сожитель С. к обследованию не привлекался. Дерматовенерологом больная не консультировалась. У нее была удалена маточная спираль, с которой связывались все описанные изменения, и назначено местное лечение. При повторном посещении женской консультации 26 апреля 1981 г. просьба К. обследовать на вензаболевания оставлена без внимания. Только 28 апреля 1981 г. больная К. обратилась в кожвендиспансер и была госпитализирована с диагнозом: вторичный рецидивный сифилис. У сожителя С установлен ранний скрытый сифилис.

Таким образом, акушер-гинеколог проявила не только незнание клиники первичного сифилиса с локализацией шанкра на шейке матки, но и невнимание к просьбе самой больной провести обследование. Следует отметить, что при шеечной локализации шанкра, у женщин увеличиваются лимфатические узлы малого таза, недоступные пальпаторному исследованию.

Данный случай разобран на врачебной конференции, а врач получил административное взыскание.

Особое место в диагностике первичного сифилиса занимают атипические шанкры, клинические проявления которых настолько отличаются от проявлений обычного шанкра, что очень часто служат причиной врачебных ошибок (Аковбян В.А., Прохоренков В.И., 1995). Различают следующие формы атипических шанкров: индуративный отек, шанкр-панариций и шанкр-амигдалит.

Индуративный отек располагается в основном у мужчин в области препуциального мешка и мошонки, а у женщин в области клитора, больших и малых половых губ. За счет плотного отека кожи пораженный орган увеличивается в 2-3 раза. При этом отсутствуют островоспалительные явления, гиперемия и болезненность. В тех случаях, когда индуративный отек сопровождается появлением первичной язвы и эрозии, диагноз не представляет затруднений. Врачебные ошибки встречаются в основном в тех случаях, когда эрозия или язва отсутствуют.

Больной К., 40 лет, через 3 недели после случайной половой связи заметил увеличение полового члена за счет отека кожи в области препуциального мешка. Обратился к урологу, который поставил диагноз «фимоз» и, основываясь на отрицательных результатах КСР, назначил раствор калия перманганата в виде ванночек и промываний препуциального мешка, которые больной применял без особого эффекта более месяца, вплоть до появления резкого увеличения паховых лимфатических узлов, а затем и появления узелковых высыпаний на коже мошонки.

1 августа 1972 года обратился к дерматовенерологу, которым установлен диагноз вторичный свежий сифилис (индуративный отек в области препуциального мешка, двусторонний паховый склероденит и полиаденит, розеолы на коже туловища, лентикулярные папулы на мошонке). RW (4+) 1:240 K(4+) ЦХ(4+).

Нам пришлось наблюдать **больную Р.**, 25 лет, у которой индуративный отек левой большой половой губы был расценен как «начинающийся бартолинит», в связи с чем больная была госпитализирована в гинекологическое отделение, где ей провели оперативное вмешательство - разрез, не давший никакого терапевтического эффекта. После получения положительных результатов RW больная была консультирована дерматовенерологом, у нее установлен диагноз: сифилис первичный серопозитивный (индуративный отек правой большой половой губы, двусторонний паховый склероденит и полиаденит). Источником заражения оказался муж, у которого диагностирован вторичный свежий сифилис с остатками классического язвенного твердого шанкра на половом члене.

Наш анализ показал, что наиболее часто у мужчин индуративный отек расценивается врачами как «воспалительный фимоз», а у женщин как «острый

бартолинит», причем иногда дело доходит до хирургического вмешательства, как в вышеприведенном случае (Любан Б.Л. и др., 2000).

В последние годы участились случаи шанкров миндалин, когда отсутствуют их эрозивные или язвенные изменения, а определяется увеличение и покраснение одной из них, так называемый шанкр-амигдалит. Его отличительными признаками от обычной ангины служат: одностороннее увеличение миндалин, четкие границы гиперемии, отсутствие или незначительная болезненность и наличие характерного для сифилиса подчелюстного или шейного склераденита. Иногда увеличиваются лимфатические узлы околоушной группы, что, по-видимому, связано с особенностями лимфатической сети у отдельных лиц. Особые затруднения представляют случаи, сопровождающиеся болями в горле. Нередко такие шанкры-амигдалиты также не распознаются врачами.

1. **Больная Г.**, 19 лет, 2 мая 1992 года по поводу болезненности при глотании обратилась к терапевту районной поликлиники и с диагнозом «ангина» госпитализирована в ЛОР-отделение, где находилась под наблюдением отоларингологов в течение 3 дней. После получения положительных результатов КСР больная, которой к тому времени по поводу «ангины» начали пенициллинотерапию, была проконсультирована дерматовенерологом, установлен диагноз: первичный серопозитивный сифилис (шанкр-амигдалит слева, левосторонний подчелюстной склеро- и полиаденит). Ретроспективно подтверждает диагноз и реакция обострения, имевшая место после начала лечения пенициллином с повышением температуры до 39 °С, зафиксированная в истории болезни. Больная переведена на лечение в кожно-венерологический диспансер. Случай разобран на врачебной конференции.
2. **Больная З.**, 23 лет, 4 марта 1992 года обратилась к терапевту районной поликлиники по поводу болей в горле. 12 марта 1992 года после безуспешной попытки лечения сульфаниламидными препаратами была госпитализирована в ЛОР-отделение, где 17 марта 1992 года оперирована по поводу «паратонзиллярного абсцесса». Кровь на КСР была взята после операции на фоне антибиотикотерапии и дала резкоположительный результат. Не дожидаясь результатов серореакций, 24 марта 1992 года больная была выписана из стационара. Только 5 апреля 1992 года по сигналу серологической лаборатории больная госпитализирована в кожно-венерологический диспансер, где установлен диагноз: первичный серопозитивный сифилис (остатки правостороннего шанкра-амигдалита, правосторонний подчелюстной склеро- и полиаденит), сопутствующий - беременность 20 недель. Источником заражения явился муж, у которого установлен вторичный свежий

сифилис. Данный случай ошибки в диагностике сифилиса также разобран на врачебной конференции.

Еще большие трудности в диагностике представляет шанкр-панариций. Это неудивительно, так как он действительно внешне выглядит как обычный панариций, а его возникновение, как правило, связано с микротравмой кожи. Заражение чаще носит профессиональный характер и описано у хирургов, акушеров-гинекологов и патологоанатомов. Обычно шанкр-панариций локализуется на ногтевой фаланге указательного пальца. При этом ногтевая фаланга утолщена, имеет багрово-красный с синюшным оттенком цвет. На этом фоне располагается довольно глубокая язва с неровными краями, часто болезненная на ощупь. Поражение сопровождается увеличением кубитальных или подмышечных лимфатических узлов.

В нашу клинику с диагнозом вторичного свежего сифилиса поступила **больная С.**, 35 лет, с двухмесячным ребенком, у которого установлен врожденный сифилис. В связи с этим к обследованию был привлечен муж больной, у которого установлен вторичный рецидивный сифилис, а также медперсонал, принимавший роды. У гинеколога Л., на ногтевой фаланге указательного пальца правой кисти обнаружена язва размером 0,8х0,6 см треугольной формы с «изгрызанными» краями и глубоким дном, покрытым некротическим налетом. Подмышечные лимфатические узлы справа были увеличены до размера лесного ореха, плотно-эластической консистенции, безболезненны и подвижны. В других группах лимфатические узлы размером с мелкую фасоль. В течение 3 недель после появления язвы находилась на амбулаторном лечении у хирурга с диагнозом «панариций». В отделяемом язвы обнаружены бледные трепонемы. RW (4+4+) 1:240 К (4+) ЦХ (4+). При ознакомлении с историей родов выяснилось, что у роженицы в переднем сегменте шейки матки была язва неправильных очертаний, описанная как «вульгарная эрозия», КСР на 3- и 7-м месяцах беременности были отрицательными. Роды сопровождалась разрывами шейки матки, которые были ушиты акушером-гинекологом Л. без резиновых перчаток, что и послужило причиной ее профессионального заражения сифилисом.

Следует особо подчеркнуть, что картина твердого шанкра изменяется и в случае его сочетания с другими эрозивно-язвенными поражениями половых органов, в частности, олеогранулемой.

Так, **больной Ф.**, 29 лет, обратился к хирургу 20.01.81 г. с жалобами на появление изъязвлений на половом члене. По данным анамнеза, 10 лет назад ввел под кожу полового члена стерильное вазелиновое масло, после чего образовалось «затвердение». Около двух месяцев назад появились

припухлость и «язвочки» на препуциальном мешке снизу. Месяц назад имел случайную половую связь, а неделю назад заметил безболезненную овальную язву на спинке полового члена. Был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «олеогранулема полового члена». При поступлении была взята кровь на серореакции, давшие положительный результат: RW (4+4+) 1:160, К (4+), ЦХ (4+). После этого был консультирован дерматовенерологом и переведен в кожвендиспансер с диагнозом: сифилис первичный серопозитивный (язвенный твердый шанкр, специфический склеро- и полиаденит), сопутствующий: олеогранулема полового члена.

Существенное значение в постановке диагноза в таких случаях имеет сбор анамнеза, наличие инородных тел под кожей полового члена, болезненности в области изъязвлений, и напротив, полная безболезненность соседствующего твердого шанкра со всеми его признаками. Следует знать, что иногда в таких случаях может обнаруживаться болезненный лимфонгоит, а также некоторая болезненность паховых лимфатических узлов, реагирующих на присоединение вторичной инфекции. Немаловажное значение приобретает исследование на бледную трепонему из каждой язвочки и серологические реакции на сифилис (Капкаев Р.А. и др., 1999).

Таким образом, выше приведенные примеры показывают, что знание о клинических проявлениях сифилиса помогут избежать ошибок в своей практике, не только врачам дерматовенерологам, но и терапевтам, хирургам, отоларингологам, гинекологам, урологам, стоматологам.

Литература/References

1. Б.Л.Любан, Р.А.Капкаев, Б.Д.Алимов, Б.И.Мухамедов. *Венерология без секретов. Руководство для врачей.*-Ташкент.-2006
2. Любан Б.Л., Ташкенбаева У.А, Нурматова И.Б., Ибрагимова Н.С.
3. Б.И. Мухамедов. Р.А.Капкаев, С.С.Саипов *Современные проблемы эпидемиологии и профилактики сифилиса. Болезни передающиеся половым путем – вчера сегодня, завтра (сб. научных трудов конференции, посвященной 65-летию Абидова Матлабходжи Мурадовича) 1996, 61-64*
4. Г.Б. Пягай, К.А. Юлдашев *Сравнительный анализ терапевтической эффективности различных методик лечения больных сифилисом, страдающих наркоманией босма* *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2005 г., №3-4, стр. 118-122*
5. О.Г. Ким, Б.И. Мухамедов, И.И. Латипов. *К вопросу о вассерманонегативном скрытом сифилисе. Дерматовенерология и эстетическая медицина, 2017, №3-4, 45-49*
6. *An Update on the Global Epidemiology of Syphilis* Noah Kojima, Jeffrey D Klausner *Curr Epidemiol Rep. Author manuscript; available in PMC 2019 Mar 1. Published in final edited form as: Curr Epidemiol Rep. 2018 Mar; 5(1): 24–38. Published online 2018 Feb 19.*
7. *Chris Richard Kenyon, Kara Osbak, Achilleas Tsoumanis PLoS Negl Trop Dis. 2016 May; 10(5): e0004711. Published online 2016 May 11. doi: 10.1371/journal.pntd.0004711*The Global

УДК: 616.31:616.329-002]-614.23:616.314

**УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ
О СВЯЗИ МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ ПОЛОСТИ РТА И
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЮ**

Ольга Бекжанова¹ , Севара Алимова²

Ташкентский государственный стоматологический институт

¹*д.м.н. профессор,*

²*ассистент*

Ташкент, Узбекистан

abekjanovaolga@mail.ru bsevara_36@mail.ru

**LEVEL OF COMPETENCE OF DENTISTS ON THE RELATIONSHIP
BETWEEN ORAL HEALTH AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX
DISEASE**

Olga Bekjanova¹ , Sevara Alimova²

1 Doctor of Medicine, Professor, Tashkent State Dental Institute

2 Assistant, Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

abekjanovaolga@mail.ru , bsevara_36@mail.ru

**OG'IZ BO'SHLIG'I SOG'LIG'I VA GASTROEZOFAGIAL REFLYUKS
KASALLIGI O'RTASIDA BOG'LIQLIK BO'YICHA STOMATOLOG-
SHIFOKORLARNING KOMPETENTLIK DARAGASI.**

Ольга Бекжанова^{1,а}, Севара Алимова^{2,б}

1т.ф.д. профессор, Тошкент давлат стоматология институти

2 ассистент, Тошкент давлат стоматология институти Тошкент, Узбекистон

a bekjanovaolga@mail.ru , bsevara_36@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Стоматологи часто первыми диагностируют системное заболевание, устанавливая его проявление в ротовой полости. Одним из таких заболеваний является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), о наличии которой могут свидетельствовать разнообразные жалобы и симптомы как со стороны полости рта, так и желудочно-кишечного тракта.