

## ПОРАЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ РАННЕМ СИФИЛИСЕ

Профессор Ю.В. ВАСИЛЬЕВ

*Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва,  
Российская Федерация*

**Освещены клиническая картина, диагностика и современные методы лечения сифилитического поражения пищевода и желудка. Сформулированы основные критерии его диагностики при раннем сифилисе.**

Сифилис (*Treponema pallidum*), как известно, венерическая болезнь, для которой характерно прогрессирование (при отсутствии лечения). Ее возбудитель — бледная спирохета — может находиться в изъязвлениях кожи, слюне, семенной жидкости, крови, лимфатических узлах, спинномозговой жидкости больных. Наряду с поражением различных органов возможно и сифилитическое поражение пищевода и желудка. В частности, по некоторым данным [1], поражение желудка выявляют у 0,36% больных сифилисом. Чаще всего сифилис желудка выявляется при вторичном рецидивном сифилисе [2], реже — при раннем [3] и позднем сифилисе.

Сифилитическое поражение пищевода отмечается реже, чем поражение желудка. Среди больных с нарушением функции пищевода сифилис этого органа встречается, как установил еще в 1952 г. Б.В. Петровский, в 0,08% случаев. Наиболее часто в клинической практике встречается врожденный сифилис пищевода (обычно при отсутствии своевременного лечения), приводящий к образованию рубцовых изменений (чаще во вторичной его стадии) и специфических гумм пищевода (в третичной стадии).

Сифилис желудка часто является манифестацией третичного сифилиса желудочно-кишечного тракта (при этом возможно как наличие, так и отсутствие поражений сердечно-сосудистой и нервной систем). Заболевание часто проявляется симптомами дискомфорта, рвотой, значительной потерей массы тела. При специфической противосифилитической терапии такие больные быстро набирают вес, но при медикаментозной терапии, проводимой с целью устранения клинических проявлений заболеваний пищевода и желудка, заживление язв и диффузных воспалительных поражений этих органов несифилитической этиологии не дает эффекта, независимо от стадии сифилиса.

### **Диагностика сифилиса пищевода и желудка.**

В связи с увеличением заболеваемости сифилисом все более актуальной становится проблема его своевременной, прежде всего ранней, диагностики [3, 4]. Значительные трудности в распознавании сифилиса возникают в тех случаях, когда он не проявляется наружными признаками, особенно при первичном обследовании больных. Не существует специфической клинической симптоматики, характерной для поражения сифилисом пищевода или желудка.

При первичном обращении больных, обследуемых в амбулаторно-поликлинических условиях или поступающих (без предварительного целенаправлен-

ного обследования) в терапевтические и гастроэнтерологические стационары, нередко трудно установить связь между поражением пищевода, желудка и сифилисом. Это в значительной степени объясняется редким возникновением патологических изменений пищевода и желудка при сифилисе, полиморфизмом рентгенологической и эндоскопической картины этих поражений, да и возможностью поражения пищевода и желудка при других заболеваниях, непосредственно не связанных с сифилисом, в частности, при поражении пищевода — таких заболеваниях, как эзофагит, доброкачественные язвы и стриктуры пищевода различной этиологии, склеродермия пищевода, идиопатическая ахалазия кардии, рак пищевода и др.; при поражении желудка — доброкачественные язвы, рак, лимфоматоз, лимфосаркома, ретикулез и др. На основании выяснения и анализа лишь жалоб больных, данных рентгенологического и эндоскопического исследований диагностировать или даже заподозрить сифилитическое поражение желудка и пищевода, как полагают некоторые исследователи [5], просто невозможно.

Выявление той или иной картины сифилитического поражения пищевода и желудка в значительной степени определяется степенью выраженности клинических проявлений, считающихся характерными для поражения этих органов, отношением больных к своему здоровью, опытом обследующих их врачей и используемыми при обследовании методами. Для врачей — терапевтов и гастроэнтерологов — важно знать, что первая стадия сифилиса чаще всего подразделяется на первичный серонегативный сифилис, когда серологические реакции отрицательны, и первичный серопозитивный сифилис, когда серологические реакции становятся положительными. Заканчивается первая стадия сифилиса появлением высыпаний на коже и слизистых оболочках. Необходимо знать и клинические проявления, прежде всего раннего, сифилиса у больных, обращающихся в поликлинику или поступающих в стационар с жалобами на боли за грудиной и/или в эпигастральной области и диспептические расстройства, особенно у больных с отсутствием каких-либо высыпаний на коже и видимых слизистых. Учитывая тот факт, что высыпания могут появиться в различное время, необходимо периодически осматривать кожу и видимые слизистые оболочки больных. При раннем сифилисе возможно и отсутствие каких-либо проявлений сифилиса на половых органах и губах, даже при прогрессировании болезни, что мы

наблюдали у одного из наших больных с сифилитическим изъязвлением антрального отдела желудка и у другого больного с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки. Разумеется, необходимо уделять достаточное внимание и анамнезу заболевания.

Клинические проявления поражения пищевода или желудка сифилисом в начале заболевания могут отсутствовать или быть минимальными, в последующем сравнительно быстро нарастает интенсивность клинических проявлений поражения этих органов. Основные жалобы больных с сифилитическим поражением пищевода возможны и при различных поражениях другой этиологии: дисфагия, боль за грудиной, режé изжога, отрыжка, снижение аппетита, появление и нарастание слабости, похудение.

Жалобы больных при сифилитическом поражении желудка — боли в эпигастальной и/или в пилородуоденальной области — от умеренных до «жгучих», режé отмечаются тошнота, рвота, слабость, потеря массы, осиплость голоса и выпадение волос [3, 6], нередко и повышение СОЭ до 35–40 мм/ч. Однако сочетание всех указанных симптомов наблюдается далеко не у всех больных, по мере прогрессирования болезни частота возникновения, продолжительность и интенсивность их увеличиваются.

Особенность клинических проявлений раннего сифилиса — то, что вначале больных беспокоят более или менее интенсивные боли в эпигастальной области, усиливающиеся сразу после приема пищи, иногда и по ночам, отрыжка кислым в течение последних 2–4 нед, режé — снижение массы тела. В этот период каких-либо высыпаний на коже и видимых слизистых обнаружить не удается; при эндоскопическом исследовании у некоторых больных выявляется лишь деформация привратника. Однако затем наступает быстрое прогрессирование болезни (в том числе и поражения желудка): возникают тошнота, рвота, усиление болей в эпигастальной области, ухудшение общего состояния с появлением и нарастанием слабости.

Лишь с возникновением полиморфных высыпаний (розеолы, папулы, пустулы) на коже туловища, лица, конечностей, ладонях, подошвах, половых органах, в области заднего прохода и на слизистых оболочках полости рта и/или с получением положительных специфических лабораторных данных (реакция Вассермана, осадочные пробы, реакция Кана и цитохоловая реакция), подтверждающих наличие сифилиса, возникает подозрение на сифилитическое поражение пищевода или желудка (при наличии обнаруженных ранее эндоскопическим и/или рентгенологическим методами патологических изменений в этих органах). Следует отметить, что при обследовании гастроэнтерологических больных первоначально чаще всего проводится лишь исследование крови на RW и только при положительной реакции RW срочно проводятся осадочные реакции Кана и цитохоловая реакция. К этому периоду обычно появляются и высыпания на коже больных.

Определенную помощь при обследовании больных в выявлении сифилиса может оказать пальпация лимфатических узлов. При сифилисе возникает специфический полиаденит, возможно и множественное

увеличение лимфатических узлов — регионарных, шейных, затылочных, подчелюстных, подмышечных, локтевых. Лимфоузлы подвижны, не спаяны ни между собой, ни с окружающей тканью, обычно плотной консистенции [7]. К сожалению, в поликлиниках и в стационарах осмотр половых органов больных терапевтами и гастроэнтерологами обычно не проводится.

При третичном сифилисе чаще всего отсутствуют клинические проявления, считающиеся характерными для поражения желудка. Клинические проявления сифилиса в этот период зависят от формы сифилитического поражения желудка и его локализации; при обследовании больных можно выявить гастрит, гуммы желудка или язву (следствие распавшейся гуммы), постязвенные рубцы или уменьшение желудка в размерах.

Для всех стадий сифилиса характерно снижение кислотообразующей функции желудка.

**Сифилитическое поражение пищевода** наиболее часто локализуется в верхней и средней его трети. Возможны различные макроскопические формы поражения: в виде диффузного поражения слизистой оболочки пищевода, напоминающего по внешнему виду эзофагит и/или в виде специфических гумм, в части случаев — с поверхностным изъязвлением на вершине, в виде плоских или глубоких язв, к которым приводит специфическое поражение различных частей стенки пищевода, с повреждением трофики слизистой оболочки, сосудов стенок пищевода подслизистого фиброза, приводящего к развитию рубцовых изменений с формированием стеноза.

Сифилитическое поражение пищевода может быть локализованным, т.е. захватывать лишь одну из стенок пищевода, без заметного сужения его просвета, чаще в виде кольца с диффузным поражением различной протяженности или неровного опухолевидного образования с изъязвлением на вершине или без него, очень редко в виде глубокого изъязвления без четких границ.

При отсутствии лечения быстро нарастает инфильтрация стенок пищевода, уменьшаются и исчезают складки его слизистой оболочки, появляется ригидность пищевода в области поражения, быстро прогрессирует стеноз. Слизистая оболочка в области сифилитического поражения может быть в одних случаях отечной и гиперимированной, в других — оставаться бледноватой. Изъязвления слизистой оболочки пищевода чаще неглубокие, с нечеткими границами, в продольном направлении чаще больших размеров, чем в поперечном. При гистологическом исследовании фрагментов слизистой пищевода, полученных при проведении эзофагобиопсий, чаще всего ошибочно диагностируют рак пищевода или эзофагит.

Дифференциальная диагностика сифилитического поражения пищевода должна проводиться прежде всего с раком пищевода, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в стадии рефлюкс-эзофагита и пептической язвы пищевода, с туберкулезом и грибковым поражением пищевода.

Случаи одновременного поражения сифилисом пищевода и желудка не известны.

**Сифилитическое поражение желудка** чаще возникает в его антральном отделе, реже — в теле желудка. Возможны различные макроскопические варианты сифилитического поражения желудка — в виде диффузной инфильтрации, вплоть до «сморщивания» его стенок (при третичном сифилисе), одного или нескольких, в том числе множественных, различных по величине изъязвлений (поверхностных и глубоких), нередко неправильной формы, в ряде случаев напоминающих изъязвленную опухоль [8]. При рентгенологическом исследовании нередко обнаруживается инфильтрация слизистой оболочки желудка с утолщением складок антрального и непосредственно пилорического его отдела, ригидность пилорического отдела желудка с его сужением, в том числе с наличием язвы в этом отделе, язва тела желудка с подозрением на злокачественную [6] или «полиповидные» массы. Рентгенологически по внешнему виду сифилис желудка имеет большее сходство с раком желудка. В запущенных случаях возможно патологическое изменение желудка по типу *Linitis plastica* (желудок уменьшается в размерах, становится малоподвижным и не растягивается при наполнении его барием и воздухом).

При проведении эзофагогастродуоденоскопии нередко выявляют сужение антрального отдела желудка с отсутствием перистальтики [9], множественные поверхностные изъязвления, преимущественно антрального отдела и дистальной части тела желудка, ошибочно диагностируют рак тела желудка [9], язву антрального отдела желудка с сужением его просвета или без него [6], эрозивный гастрит [10], розеолы и папулы на слизистой оболочке пищеварительного тракта, в том числе и в желудке [11].

У многих больных появляется циркулярное, более или менее выраженное сужение антрального отдела желудка и ригидность рельефа слизистой оболочки, преимущественно препилорического отдела желудка, вначале лишь на протяжении около 1–1,5 см, выявляемое рентгенологически и/или эндоскопически. Подобные морфологические изменения могут ошибочно рассматриваться как скирр желудка. При этом рентгенологическая картина у части больных в этот период болезни может меняться, просвет желудка расширяется, эвакуация бария из желудка остается вполне удовлетворительной. При эндоскопическом исследовании отмечается также и сужение выходного отдела желудка (иногда от привратника в проксимальном направлении до угла желудка). Слизистая оболочка в этой области отечна, инфильтрирована, умеренно ригидна, легко ранима; позднее ригидность усиливается.

При рентгенологическом и/или эндоскопическом исследовании, выполненных позднее, но еще до проведения специальных реакций на сифилис, у некоторой части больных выявляется и язва луковицы двенадцатиперстной кишки или желудка [3]. Возможно наличие изъязвления, несколько «возвышающегося» (по-видимому, за счет отека слизистой оболочки в месте расположения изъязвления и вокруг), размеры которого могут быть различными. В отличие от доброкачественных язв желудка и луковицы двенад-

цатиперстной кишки изъязвления желудка при раннем сифилисе не имеют четких границ. Такая картина нередко ошибочно расценивается как рак антрального отдела желудка с изъязвлением (типа Борман 2). Выявленное изъязвление, как показали наши наблюдения, чаще всего расценивается как морфологическое очаговое поражение, свидетельствующее о наличии у больных доброкачественной язвы; в других случаях диагностируется лишь хронический гастрит.

Быстро прогрессирующее поражение желудка (при отсутствии специфического противосифилитического лечения) обычно уже через 4–5 дней приводит к изменению эндоскопической картины (несмотря на активное «противоязвенное» лечение больных) — почти весь антральный отдел желудка, вплоть до его угла (за исключением привратника у некоторых больных), становится изъязвленным, наиболее выражено по большой кривизе, с серовато-белым налетом, без четко определяемых границ (по данным визуального осмотра через эндоскоп). Вне участков изъязвления слизистая оболочка антрального отдела желудка становится блестящей, мраморной по окраске, почти полностью исчезают складки слизистой оболочки. Фрагменты ее, получаемые при проведении биопсии этого отдела желудка, имеют относительно большие размеры, в виде лоскутов. Подобная эндоскопическая картина часто ошибочно расценивается как циркулярный инфильтрирующий рак антрального отдела желудка с изъязвлением.

При патоморфологической оценке материалов прицельных гастробиопсий сифилис желудка может быть расценен как доброкачественная язва желудка, лимфома, ретикулез, рак или лимфоплазмозитарная изъязвленная лимфосаркома желудка. В принципе бледную трепанему при первичном сифилисе можно обнаружить в экссудате, полученном со дна изъязвления при микроскопическом исследовании в темном поле зрения. Антитела к бледной трепанеме можно выявить при проведении серологических реакций — нетрепонемных (реакция преципитации плазмы с кардиолипиновым антигеном, реакция преципитации инактивированной сыворотки с кардиолипиновым антигеном) и трепонемных (реакция иммунофлюоресценции-адсорбции, реакция непрямой гемагглютинации).

В этот период отмечается усиление болей в эпигастриальной области, особенно во второй половине дня, с появлением рвоты, чувства тяжести и переполнения желудка, значительное ухудшение общего состояния больных. Выявление положительных реакции Вассермана, осадочных реакций Кана и цитохоловой реакции, свидетельствующих о заболевании сифилисом, является срочным показанием для перевода больных в кожно-венерологический стационар. Отрицательная реакция RW и отсутствие кожных высыпаний при наличии специфических изменений антрального отдела желудка свидетельствуют о первичном серонегативном сифилисе.

Диагностика вторичного сифилиса основана на результатах клинико-лабораторного обследования больных, включая учет данных серологических реакций. Латентно протекающий сифилис условно разде-

ляют на две группы: 1) ранний сифилис (положительные серологические реакции в течение менее 1 года); 2) поздний сифилис (положительные серологические реакции более одного года). При латентно протекающем сифилисе отсутствуют клинические проявления, и без клинических проявлений он может длиться в течение нескольких лет.

Консультация дерматовенеролога при подозрении на заболевание большого сифилисом должна быть обязательной. В определенной степени это обусловлено и тем, что сифилис может быть главным фактором предрасположенности к заражению СПИДом. Сифилис у ВИЧ-инфицированных больных нередко протекает атипично. У больных сифилисом и больных с ВИЧ-инфекцией обычно выявляются сходные иммунологические показатели вследствие серопозитивности больных, страдающих СПИДом. Сифилис может имитировать другие заболевания, что затрудняет своевременную диагностику как собственно сифилиса, так и заболеваний со сходной клинической симптоматикой. Повышение температуры тела, потеря массы, головная боль, недомогание, лимфаденопатия характерны как для сифилиса, так и для ВИЧ-инфекции.

**Медикаментозная терапия сифилиса** заключается в использовании антибиотиков пролонгированного и относительно короткого действия. Чаще всего для лечения больных применяют антибиотики из группы пенициллина, активные в отношении трепанем. Эти препараты обладают антибактериальным (бактерицидным) действием, нарушают синтез пептидогликана — опорного полимера клеточной стенки — и вызывают лизис микроорганизмов. Бактерицидный уровень в плазме крови больных сохраняется в течение разного срока, в зависимости от использованного препарата. В частности, после введения бензатина бензилпенициллина (ретарпен, экстенциллин) — в течение 1–2 нед, на 14-й день после аппликации 2,4 млн ЕД (1 ЕД — 0,6 мкг) — содержание его в сыворотке составляет 0,12 мкг/мл; на 21-й после введения 1,2 млн ЕД — 0,06 мкг/мл. После внутримышечного введения бензилпенициллина Стах в плазме достигается через 30–60 мин.

При своевременно начатом лечении больных, у которых выявлен первичный, вторичный или латентный сифилис, положительный эффект достигается одной внутримышечной инъекцией 2,4 млн ЕД бензатина бензилпенициллина. При лечении таких больных можно успешно использовать и другие варианты медикаментозной терапии — лечение доксициклином (довидин) — по 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней или эритромицином (илозон), антибиотиком из группы макролидов, — по 500 мг per os 4 раза в сутки в течение 14 дней.

При продолжительности болезни более 1 года (при отсутствии признаков поражения центральной нервной системы) один из вариантов лечения больных сифилисом — внутримышечное введение бензатина бензилпенициллина по 2,4 млн ЕД 1 раз в неделю 3 раза; второй вариант — лечение доксициклином по 100 мг per os 2 раза в сутки в течение 4 нед. При поражении центральной нервной системы целесооб-

разно использовать водный раствор бензилпенициллина по 12–24 млн ЕД/сут внутривенно (в несколько введений) в течение 10–14 дней или прокаинбензилпенициллин по 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в сутки в сочетании с пробенецидом по 500 мг per os 4 раза в сутки на протяжении 10–14 дней. В целях повышения эффективности лечения больных сифилисом целесообразно в конце этого курса однократно внутримышечно ввести бензатина бензилпенициллин в указанной выше дозировке. Одно из показаний для применения прокаинбензилпенициллина — врожденный сифилис.

Кроме этих препаратов в лечении больных сифилисом используют и другие медикаментозные препараты. Рондомицин (метациклин) — полусинтетический тетрациклиновый антибиотик, обладающий антибактериальным действием, назначается взрослым больным per os во время или после приема пищи по 300 мг 2 раза в день. Ровамицин (спирамицин) — макролидный антибиотик, также обладающий антибактериальным действием, назначают взрослым больным per os по 6–9 млн МЕ или внутривенно в растворе для инъекций в 100 мл 5% глюкозы (вводят в течение 1 ч). Офрамекс (цефтриаксон) обладает антибактериальным и бактерицидным действием, подавляет синтез клеточной стенки, назначается при раннем сифилисе однократно внутривенно по 1 и 2 г, пиковые концентрации препарата в плазме достигаются через 0,5 ч и составляют соответственно 151 и 257 мкг/мл. Цефоприд (цефазолин) обладает антибактериальным действием, вводится внутримышечно или внутривенно (предварительно препарат растворяют в растворах для инъекций) по 1 г 2 раза в сутки (максимальная суточная доза — 6 г, в случае необходимости кратность введения может быть увеличена до 3–4 раз в сутки).

Необходимость различных альтернативных вариантов лечения больных сифилисом обусловлена прежде всего наличием тех или иных противопоказаний к указанным выше медикаментозным препаратам, возможной гиперчувствительностью больного к этим препаратам, а также возможным появлением аллергических реакций и других побочных действий.

При лечении больных сифилисом, сочетающимся с ВИЧ-инфекцией, чаще применяют бензатина бензилпенициллин: при первичном сифилисе этот препарат вводят внутримышечно, однократно 2,4 млн ЕД; при вторичном и третичном сифилисе — в той же дозировке, также внутримышечно 1 раз в неделю в течение 3 нед. Второй вариант медикаментозного лечения таких больных — доксициклин в дозе 100 мг назначают per os 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Специфическое противосифилитическое лечение больных обычно довольно быстро (как правило, к концу первой недели от начала лечения) приводит к исчезновению симптомов, ассоциируемых с поражением желудка. При стенозе пищевода целесообразно его бужирование после проведения курса противосифилитического лечения больных с целью устранения дисфагии и болей за грудиной. Сифилис у ВИЧ-инфицированных больных может быть весьма устойчив к терапии.

Таким образом, основные критерии диагностики поражения пищевода и желудка при раннем сифилисе: короткий анамнез заболевания с быстро прогрессирующей его клинической картиной; чаще молодой и средний возраст больных; быстрое увеличение патологических изменений пищевода в верхней или средней его части или преимущественно в антральном отделе желудка с появлением сужения соответственно пищевода или антрального отдела желудка; относительно большие фрагменты тканей в виде лоскутов, получаемых при проведении биопсии пораженной сифилисом слизистой оболочки желудка (несколько меньших размеров — получаемых из пищевода); положительные реакция Вассермана, осадочные реакции Кана и цитохолевая реакция; отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной непротивосифилитической терапии; быстрое исчезновение жалоб, улучшение субъективного и объективного состояния больных, включая исчезновение патологических изменений желудка на фоне специфической противосифилитической терапии.

Л и т е р а т у р а

1. Болезни желудка, кишечника и брюшины / Т. Ташев, Г. Маждраков, Симеонов и др.— София: Мед. и физкульт., 1964.— 784 с.
2. Волова П.И., Федоров Е.П. Поражение желудочно-кишечного тракта при вторичном рецидивном сифилисе // Венерические кожные заболевания.— Алма-Ата, 1983.— С. 153–155.
3. Васильев Ю.В., Орлова Е.А., Сиваш Э.С. Поражения желудка при раннем сифилисе // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 1995.— Т. V, № 3.— С. 54–58.
4. О диагностике и лечении нейросифилиса в современных условиях / В.В. Акимова, О.А. Ярцева, В.П. Сильвестров, О.Л. Иванов // Тер. арх.— 1994.— Т. 66, № 10.— С. 73–75.
5. Гребенев А.Л. Поражения желудка и двенадцатиперстной кишки при сифилисе // Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Под ред. В.Х. Василенко, А.Л. Гребенева.— М., 1981.— С. 313–318.
6. Фомин К.Ф., Федорова В.А. Специфическое поражение желудка при вторичном сифилисе // Вестн. дерматол.— 1987.— № 9.— С. 64–66.
7. Добронравов В.Н. Клинические проявления первичного, вторичного, третичного приобретенного сифилиса // БМЭ.— М., 1984.— Т. 23.— С. 332–338.
8. Соколов Л.К. Редкие заболевания желудочно-кишечного тракта: Руковод. по клин. эндоскопии / Под ред. В.С. Савельева и др.— М., 1985.— С. 141–142.
9. Федоров Ю.П., Фаенсон В.Е., Ометов В.К. Поражения желудка при вторичном сифилисе // Вестн. дерматол.— 1985.— № 11.— С. 68–70.
10. Mitchell R., Bralow S. Acute erosive gastritis due to early syphilis // Ann. intern. Med.— 1964.— Vol. 41.— P. 933–938.
11. Ильин И.И., Яровинский Б.Г. Карциномоподобные поражения желудка при раннем сифилисе // Клин. мед.— 1979.— № 3.— С. 36–40.

Поступила 12.05.2004

AFFECTION OF THE ESOPHAGUS AND STOMACH IN EARLY SYPHILIS

Yu.V. Vasiliev

S u m m a r y

The clinical picture, diagnosis, and modern methods of treatment for syphilitic affections of the esophagus and stomach are featured. Main diagnostic criteria in early syphilis are formulated.