

Поражения органа зрения при сифилисе

Д.В. Бохонович — врач-дерматовенеролог¹, аспирант³

О.К. Лосева — д-р мед. наук, врач-дерматовенеролог¹, профессор³

А.А. Рябцева — д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой²

А.А. Коврижкина — врач-офтальмолог, младший научный сотрудник²

В.М. Юдакова — врач-дерматовенеролог¹

Н.В. Чернышева — врач-дерматовенеролог¹

¹ ГБУЗ МО «Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер», 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

² Кафедра офтальмологии ГБУЗ МО МОНИКИ, 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

³ Кафедра кожных и венерических болезней ГБОУ ВО ИМСТ МГУПП, 125080, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11

Статья посвящена выявлению поражений структур глаза у больных сифилисом. Приводится описание двух клинических случаев: при раннем сифилисе выявлен сифилитический увеит, в случае выявления позднего сифилиса проводилось лечение атрофии зрительных нервов. Основная цель публикации — привлечь внимание офтальмологов к проблеме специфического поражения глаз при сифилисе и необходимости раннего выявления этой патологии.

Ключевые слова: сифилис, нейросифилис, сифилитический увеит, сифилитический хориоретинит.

Для цитирования: Бохонович Д.В., Лосева О.К., Рябцева А.А., Коврижкина А.А., Юдакова В.М., Чернышева Н.В. Поражения органа зрения при сифилисе. Российский офтальмологический журнал. 2018; 11 (2): 46-53. doi: 10.21516/2072-0076-2018-11-2-46-53.

На фоне постепенного снижения общей заболеваемости сифилисом в последнее десятилетие происходят значительные изменения ее структуры. За период с 2005 по 2015 г. уровень заболеваемости сифилисом снизился в 3 раза (с 68,6 до 23,5 случая на 100 тыс. населения), а уровень поздних форм возрос вдвое (с 1,9 до 3,9 случая на 100 тыс. населения) [1, 2]. Среди поздних форм значимое место принадлежит нейросифилису [3, 4]. С 2002 по 2008 г. доля больных ранним и поздним нейросифилисом по отношению ко всем формам сифилиса выросла с 0,1 до 0,6 % и с 0,1 до 0,3 % соответственно [5]. Необходимо заметить, что значительная часть (до 32,4 %) этих пациентов получали ранее лечение по поводу различных форм сифилиса [6].

Наряду с увеличением числа случаев специфического поражения головного и спинного мозга, растет число случаев патологии органа зрения. К сожалению, используемая в настоящее время классификация сифилитической инфекции по МКБ-10 не позволяет выделять сифилитическое

поражение глаз в отдельный диагноз, в связи с чем происходит недоучет этой патологии. Существуют также ситуации, когда у больных с воспалительными заболеваниями глаз и леченым сифилисом в анамнезе положительные серологические реакции крови воспринимаются офтальмологами, а зачастую и дерматовенерологами, как анамнестические, и, следовательно, неверно устанавливается диагноз и проводится лечение этой категории пациентов. Поэтому в настоящее время нет четкого представления о количестве больных с сифилитическим поражением органа зрения в РФ.

В конце 90-х, на фоне эпидемии ранних форм сифилиса, частота сифилитических увеитов в РФ в структуре воспалительных заболеваний глаз составила 6 % [7]. По данным И.Е. Торшиной и соавт. [8], за период с 1996 по 2008 г. офтальмосифилис чаще регистрировался у больных вторичным сифилисом при давности заболевания более 6 мес (56,3 %) и у пациентов с поздним сифилисом и нейросифилисом (40,6 %). В зарубежных источниках приводятся

несколько иные данные: поражение органа зрения имеют до 7,9 % больных вторичным сифилисом, а среди пациентов с нейросифилисом специфические изменения структур глаза выявляются до 51 % случаев [9].

Сифилитический увеит соответствует вторичной стадии сифилитической инфекции и бывает подчас единственным проявлением заболевания [10, 11]. По данным литературы, в настоящее время, когда ежегодно растет количество ВИЧ-инфицированных пациентов, сочетание с сифилитической инфекцией увеличивает частоту воспалительных поражений глаз [12–15]. По некоторым данным, офтальмосифилис ассоциирован с ВИЧ-инфекцией в 80 % случаев [16].

В период генерализации сифилитической инфекции происходит вовлечение в патологический процесс тканей мезенхимального происхождения: сосудов, мозговых оболочек и структур глаза [7, 17, 18].

В зависимости от анатомической локализации пораженной ткани органа зрения диагностируют следующие заболевания: папиллярный и гранулематозный конъюнктивит; эписклерит, склерит; стромальный и маргинальный роговичный инфильтрат; катаракта; ирит, иридоциклит, узелковый ирит; ретинит, некротический ретинит, хориоретинит, серозная и тракционная отслойка сетчатки; неврит зрительного нерва с отеком диска (папиллит), с последующей частичной или полной атрофией зрительного нерва, ретробульбарный неврит [19–22].

Возникающий в ранней стадии заболевания сифилитический увеит наиболее часто протекает в виде острого экссудативного или фибринозно-пластического ирита, иридоциклита или хориоретинита. Вариантом сифилитического воспаления является гранулематозный иридоциклит, характеризующийся развитием в цилиарной зоне радужки мелких узелков, после рассасывания которых остаются обширные задние синехии и атрофия стромы радужки. При вовлечении в процесс заднего отдела увеального тракта развивается диффузный, центральный или диссеминированный хориоретинит (рис. 1, 2), для которого характерно острое начало, нечеткость или значительное снижение зрения, появление скотом.

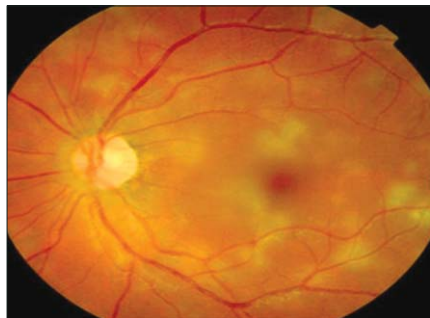


Рис. 1. Острый сифилитический хориоретинит.

Fig. 1. Acute syphilitic chorioretinitis.

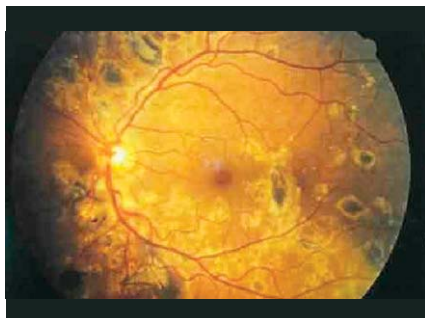


Рис. 2. Хронический сифилитический хориоретинит.

Fig. 2. Chronic syphilitic chorioretinitis.

Диффузный хориоретинит сопровождается генерализованным отеком сетчатки с кровоизлияниями и множественными инфильтратами в виде бляшек кремового цвета на глазном дне, воспалительным выпотом в стекловидное тело, выраженность которого может варьировать от легкой клеточной взвеси до диффузного экссудата. Возникающие осложнения в виде катаракты, глаукомы, атрофии зрительного нерва при несвоевременной диагностике и лечении приводят к драматическим последствиям [7]. Клинически сифилитический хориоретинит трудно отличить от аналогичного процесса другой этиологии без применения трепонемных серологических тестов.

Развитию вторичной атрофии зрительных нервов при нейросифилисе часто предшествует длительно текущий папиллит, что имеет неблагоприятный прогноз при отсутствии ранней диагностики и лечения (рис. 3). Атрофия зрительных нервов без предшествующих воспалительных изменений структур глаза (рис. 4) развивается при поздних паренхиматозных формах нейросифилиса, таких как спинная сухотка и прогрессивный паралич, характерным признаком которых является симптом Аргайла Робертсона.

Для лечения специфической патологии глаз применяются схемы, аналогичные тем, которые применяются для лечения нейросифилиса. В «Федеральных рекомендациях по диагностике и лечению больных сифилисом» 2015 г. для лечения раннего нейросифилиса рекомендуется до 24 млн ЕД внутривенно вводимого водорастворимого пенициллина в день в течение 20 дней на курс, позднего — 2 таких курса [23]. Хотя отдельных указаний о методике лечения сифилитического поражения органа зрения в «Федеральных рекомендациях» нет, но на практике лечение офтальмосифилиса проводится по той же схеме. В зарубежных стандартах (European Guideline и CDC США) 2015 г. упоминается специфическое поражение органа зрения и органа слуха, для лечения которых рекомендуется та же схема внутривенной пенициллинотерапии, что и для нейросифилиса [24, 25]. Исследование спинномозговой жидкости должно быть выполнено во всех случаях поражения

глаз при сифилисе, даже если клинический неврологический осмотр не выявил каких-либо отклонений. Лечение серопозитивного по сифилису пациента с поражением глаз должно быть начато сразу, независимо от получения результатов исследования ликвора.

ЦЕЛЬ исследования — познакомить офтальмологов и врачей других специальностей с имеющимися у нас клиническими наблюдениями сифилитического поражения органа зрения,



Рис. 3. Неврит зрительного нерва.
Fig. 3. Syphilitic optic neuritis.

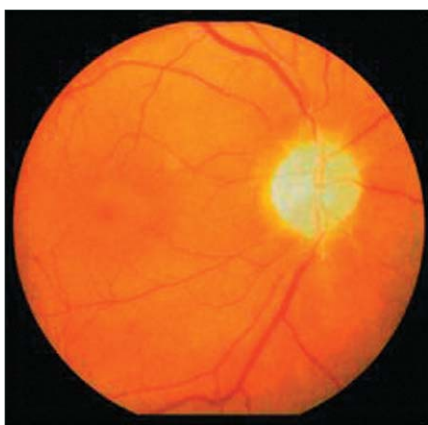


Рис. 4. Атрофия зрительного нерва.
Fig. 4. Syphilitic atrophy of the optic nerve.

проанализировать особенности клинко-инструментального обследования и эффективность лечения специфических поражений структур глаза при сифилисе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 632 амбулаторных карт пациентов с диагнозом «сифилис», посетивших амбулаторный прием в Московском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере (МО ККВД) в период с 2015 по 2016 г. Отобраны карты 12 больных, имевших патологию органа зрения. Изучены выписки из историй болезни пациентов офтальмологического отделения ГБУЗ МО МОНИКИ, которые были госпитализированы для обследования, диагностики и лечения по поводу заболевания глаз. В I квартале 2017 г. проведено повторное обследование в офтальмологическом отделении института этих 12 больных.

Диагноз сифилитического поражения органа зрения устанавливался на основании стандартных методов (клинических, серологических) и клинко-инструментальных традиционных и специальных офтальмологических методов исследования. Всем пациентам была проведена визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия глазного дна, кинетическая периметрия и ультразвуковое исследование (УЗИ) в В-режиме, оптическая когерентная томография (ОКТ), электрофизиологические исследования

(ЭФИ), включая электроретинографию (ЭРГ). Значимость использования ОКТ в диагностике поражения органа зрения при сифилисе определяется высокой разрешающей способностью метода в сравнении с УЗИ, магнитно-резонансной томографией (МРТ) и компьютерной томографией (КТ) для визуализации поражения структур глазного яблока, вплоть до клеточного уровня [26–29]. По результатам обследования были отобраны 2 наиболее показательных клинических примера. Полученные данные стали предметом настоящей публикации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В течение 2015–2016 гг. в МО ККВД находилось на обследовании 12 больных сифилисом (6 мужчин, 6 женщин) с поражением органа зрения (в 2015 г. — 3, в 2016 г. — 9). Средний возраст больных составил 46,7 года (от 28 до 70 лет). Из 12 больных ранее лечились по поводу сифилиса 6 пациентов (за 20, 16, 14, 9, 8 лет и 3 года до появления заболевания глаз). У 6 пациентов сифилис был впервые выявлен при обследовании офтальмологом. Ликворологическое исследование проведено 10 больным (у 2 были противопоказания). Диагноз «нейросифилис» подтвержден у 7 пациентов. У 3 больных выявлено изолированное поражение структур глаза при отсутствии патологии в ликворе. ВИЧ-статус был отрицателен у 11 пациентов, положителен у одного. Положительные и резко положительные результаты нетрепонемных тестов выявлены у 9 пациентов, отрицательные — у 3. Трепонемные тесты положительны у всех обследованных. Диагностирована следующая офтальмологическая патология: сифилитический увеит — у 4 больных (острый у 2, хронический у 2), ретробульбарный неврит — у 2, тромбоз вен сетчатки — у 2, географическая атрофия сетчатки — у 2, атрофия зрительных нервов — у 3 (из них частичная — у 2). У одного из перечисленных пациентов отмечено сочетание хориоретинита с географической атрофией сетчатки. Анамнестически и клинически к проявлениям раннего сифилиса отнесена картина заболевания у 2 пациентов (вторичный сифилис и ранний скрытый сифилис), у 10 изменения соответствовали позднему сифилису.

Ниже представлены клинические примеры поражения органа зрения при сифилисе.

Наблюдение 1. Больной Ф., 1971 г. р., проживавший в Московской области, находился в офтальмологическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 03.06.16 по 17.06.16 с жалобами на снижение зрения левого глаза, боль в области левого виска при взгляде влево. Из анамнеза известно, что заболел остро в мае 2016 г., когда появились черные точки перед левым глазом, а затем через несколько дней резко ухудшилось зрение. Поступил в офтальмологическое отделение в экстренном порядке. Установлен диагноз: «увеит левого глаза неясной этиологии». В отделении впервые выявлен

положительный результат скринингового теста на сифилис — ИФА (IgM + IgG) (иммуноферментный анализ — суммарные антитела). Anamnesis vitae: перенес гонорею 10 лет назад, лечился в КВД г. Одинцово. Весной 2015 и 2016 гг. проходил медосмотры для трудоустройства, результаты серореакций на сифилис были отрицательные. Женат 20 лет (в первом браке).

Результаты осмотра офтальмолога при поступлении: «Объективно: Visus OD = 0,7 с коррекцией Sph -2,0D = 1,0. Правый глаз: спокойный, отделяемого нет. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка структурная, пигментная кайма сохранена. Зрачок круглый, узкий, фотореакция живая. Хрусталик прозрачный. Стекловидное тело прозрачно. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, границы четкие, сосуды в пределах нормы. ВГД — 21,3 мм рт. ст. (пневмотонометрия). Visus OS = счет пальцев у лица неуверенно. Левый глаз: умеренная перикорнеальная инъекция глазного яблока. Умеренный отек роговицы. Мелкодисперсные сливные преципитаты на эндотелии роговицы. Передняя камера средней глубины, влага опалесцирует. Радужка отечна. Зрачок неправильной формы, ближе к узкому, фотореакция вялая, задние синехии — на 2 и 5 ч. На передней поверхности хрусталика отпечаток пигментной каймы после круговых задних синехий. Начальные помутнения хрусталика в кортикальных слоях. В стекловидном теле облаковидный экссудат с включением клеточных элементов (рис. 5). Рефлекс с глазного дна тусклый. Глазное дно не офтальмоскопируется. ВГД — 14,3 мм рт. ст. (пневмотонометрия)».

При исследовании крови от 07.06.16 антитела к ВИЧ, гепатитам В и С не обнаружены. С момента

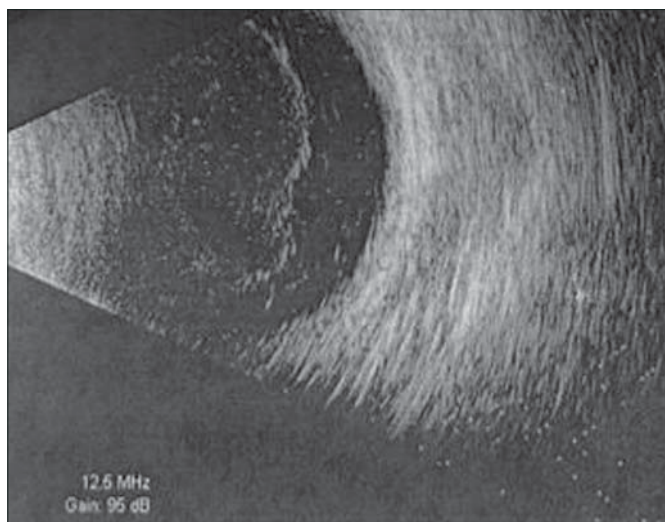


Рис. 5. Данные УЗИ левого глаза пациента Ф.: помутнения в стекловидном теле соответствуют воспалительному экссудату при поступлении в офтальмологическое отделение.

Fig. 5. The ultrasound of the left eye of patient F: opacities in the vitreous body correspond to the inflammatory exudate upon admission to the Department of ophthalmology.

госпитализации проводилась терапия: цефазолин 1,0 г — 2 р/д в/м, цефтриаксон 1,0 г — 2 р/д в/м, инстилляции местно в левый глаз по 1 капле вигамокс (моксифлоксацин 0,5 %) — 3 р/д, дексаметазон — 3 р/д, неосинефрин 5 % — 2 р/д, под конъюнктиву левого глаза дексазон 0,2 мл + цефазолин 0,1 г + мезатон 0,1 мл + атропин 0,1 мл, парабульбарно в левый глаз дипроспан 0,5 мл № 2, в/в капельно ципрофлоксацин 200 мг, в/в дексазон 1,0.

Состояние при выписке: Объективно: Visus OD = 0,7 с коррекцией Sph -2,0D = 1,0. Правый глаз без динамических изменений. Visus OS: 0,1 с коррекцией Sph -2,0D = 0,3. Левый глаз: острота зрения повысилась, глаз спокойный. Роговица прозрачная. На эндотелии роговицы преципитатов нет. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка структурна. Зрачок круглый, медикаментозный мидриаз, диаметр 6 мм. Задних синехий нет. На передней капсуле хрусталика распыление пигмента. Начальные очаговые помутнения хрусталика в кортикальных слоях. В стекловидном теле интенсивность помутнений значительно уменьшилась. Клеточная реакция 1+. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно за незначительным флером: полностью просматривается ДЗН, деколорированный, с четкими границами, в области макулы и на периферии глазного дна очаговых изменений не выявлено, сосуды узкие. ВГД — 14 мм рт. ст. (пневмотонометрия).

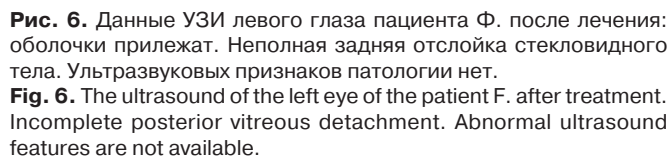
В связи с положительными результатами скринингового теста на сифилис пациент Ф. был направлен для дообследования в МО ККВД. Серологические реакции от 08.06.2016: РМП (реакция микропреципитации) 4+, титр 1/1024; РПГА (реакция пассивной гемагглютинации) 4+, титр 1/163840; ИФА (IgM) положительный, КП (коэффициент позитивности) = 5,8, ИФА (IgM + IgG) резко положительный, КП = 13,0, ИФА (IgG) резко положительный, КП = 15,7; РИФ (реакция иммунофлюоресценции) -200 4+, РИФ абс (с абсорбцией) 4+.

При проведении люмбальной пункции получены следующие результаты. Ликвор: ВДРЛ (нетрепонемный тест) отрицательный; РИФц (с цельным ликвором) 4+; ИФА (IgG) резко положительный, КП = 12,3; РПГА 3+, т. 1/80. Цитоз 9/3, белок 0,237 г/л, реакция Панди 1+ от 14.06.16. С учетом позитивности всех трепонемных тестов в ликворе и высокой степени позитивности серологических тестов в крови у больного был диагностирован ранний нейросифилис, специфический увеит левого глаза.

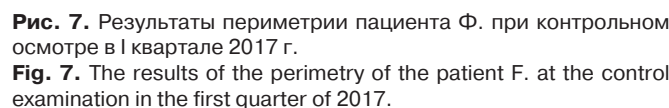
Назначена терапия пенициллином 20 дней по 24 млн ЕД в сутки в/в капельно. Выписан из офтальмологического стационара для продолжения лечения в КВД по месту жительства.

Контрольный осмотр пациента проведен через 8 мес после начала лечения: сохранились жалобы на сниженное зрение левого глаза, присоединилось ухудшение сумеречного зрения обоих глаз.

Комментарий. Увеит является одним из наиболее частых вариантов поражения органа зрения при сифилисе. Бесспорно, правильной была позиция офтальмологов, направивших пациента с данной патологией и обнаруженной позитивностью серологического скринингового теста для обследо-



Anamnesis morbi: заболела внезапно 15.06.2015, когда появилась интенсивная головная боль и резко снизилось зрение. Лечилась по месту жительства в неврологическом отделении без эффекта. Anamnesis vitae: операций, травм не было, венерические заболевания отрицает. Замужем, во 2-м браке 18 лет. Имеет дочь от 1-го брака 1974 г. р. Около 12 лет назад появились судороги, беспокоило чувство жара в нижних конечностях, в ЛПУ не обращалась. Подобные жалобы сохранялись несколько лет. Работала на заводе мясным, ежегодно проходила медицинские осмотры. В настоящее время на пенсии. Осмотр невролога при поступлении в институт: больная в сознании. Общезлобные и менингеальные симптомы отсутствуют, ЧМН — обоняние сохранено, острота зрения резко снижена, цветоощущение нарушено. Глазные щели D = S, движение глазных яблок в полном объеме, за молоточком не следит (не видит). Фотореакции: отсутствуют. Реакции конвергенции и аккомодации проверить затруднительно. Нистагма нет. Фонация и глотание не нарушены. Рефлексы с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранены. Движение языка по средней линии. Сила рук D = S = 5 баллам, ног D = S = 5 баллам. Тонус в конечностях физиологический. Атрофий, фасцикуляций, фибрилляций нет. Гиперкинезы не выявлены. Сухожильные и надкостничные рефлексы: D = S с рук, живые. Коленные D = S. Ахилловы D = S. Координация движений: пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга неустойчива. Походка нарушена. Чувствительные нарушения



отсутствуют. Пальпация паравертебральных точек безболезненна.

Консультация офтальмолога: полная атрофия зрительного нерва, гипертонический ангиосклероз сосудов сетчатки обоих глаз.

МРТ головного мозга от 15.09.15 (с целью исключения объемных образований): при исследовании головного мозга с использованием ИП SE, FLAIR в режимах T1 и T2 в аксиальной, коронарной и сагиттальной плоскости до и после в/в контрастного усиления (гадовист 5 мл) — объемных образований в веществе мозга не определяется. В белом веществе лобных и теменных долей, преимущественно в субкортикальных отделах, определяются множественные мелкие очаги повышения сигнала в режиме FLAIR. Перивентрикулярно в проекции задних рогов боковых желудочков — лейкоареоз. В базальных отделах расширены периваскулярные пространства. На диффузно-взвешенных изображениях «свежих» ишемических очагов не выявлено. После контрастного усиления очагов патологического накопления контраста в веществе и оболочках мозга не определяется. Дифференциация на серое и белое вещество головного мозга не нарушена. Дислокации срединных структур нет. Боковые желудочки мозга не расширены, симметричны, III, IV желудочки — не расширены. Наружное субарахноидальное пространство больших полушарий не расширено. Гипофиз расположен интраселлярно, размером $14 \times 6 \times 8$ мм, структура его как до, так и после в/в контрастирования однородная. Воронка расположена по средней линии. Дополнительных объемных образований в проекции супраселлярной цистерны не выявлено. Базальные цистерны — без особенностей. Краниовертебральный переход не изменен. Заключение: «МРТ-картина умеренно выраженной сосудистой энцефалопатии. Патологии хиазмально-селлярной области, а также сосудов виллизиева круга не выявлено».

В неврологическом отделении при скрининге впервые выявлен ИФА суммарный положительный от 10.09.15. При обследовании в МО ККВД 17.09.2015: РМП 4+, т. 1/256; РПГА 4+, т. 1/40960; РИФ200 4+, РИФ абс 4+; ИФА (IgM + IgG) слабо полож., КП = 1,2; ИФА (IgM) резко положительный, КП = 14,1; ИФА (IgG) резко положительный, КП = 15,7. Антитела к ВИЧ, гепатитам С и В не обнаружены от 10.09.15. Ликвор от 17.09.15: белок 0,501 г/л; цитоз 36/3, лимф 26; ВДРЛ 2+; РИФц 4+; РПГА 4+, т. 1/2560; ИФА резко положительный, КП = 15,5. Сочетание повышенных уровней белка, цитоза и позитивности всех серологических тестов, включая не-трепонемный, указывают на нейросифилис. Диагноз: «Поздний нейросифилис. Спинная сухотка, полная атрофия зрительных нервов обоих глаз. Гипертонический атеросклероз сосудов сетчатки обоих глаз, цефалгия». Рекомендовано лечение: пенициллин 10 млн ЕД в/в капельно 2 р/д 20 дней, затем, после 2-недельного перерыва, аналогичный второй курс 20 дней.

Выписана для проведения лечения в стационаре КВД по месту жительства. Рекомендованное лечение было проведено дважды: в конце 2015-го и конце 2016 г. При осмотре офтальмологом после получения второго курса лечения в январе 2017 г. сохраняются жалобы на отсутствие предметного зрения обоих глаз.

Объективно: Visus OU = pr. I. certae. Оба глаза спокойны. Структуры переднего отдела глаза не изменены. Радужки структурны. Зрачки D=S, круглые, фотореакции отсутствуют. Начальные помутнения хрусталиков. Рефлексы розовые. На глазном дне: правый глаз — ДЗН белый, границы четкие. В макуле и на периферии без особенностей. Сосуды сужены. Левый глаз: LPU белый, границы четкие. В макуле и на видимой периферии без особенностей. Сосуды сужены. Периметрию провести не удалось, пациентка не фиксирует метку. Диагноз: «Поздний нейросифилис, спинная сухотка. Полная атрофия зрительных нервов обоих глаз».

Комментарий. В противоположность первому случаю у этой пациентки диагностирован поздний нейросифилис, с большой давностью инфицирования. Спинная сухотка развивается не ранее, а, как правило, позже 5 лет от момента инфицирования. Максимальное число пациентов заболевают через 20–25 лет после инфицирования. Вероятно, так было и у данной больной. При спинной сухотке специфическая терапия может только приостановить дальнейшее прогрессирование процесса, но развившиеся неврологические проявления и атрофия зрительных нервов не регрессируют. Причиной запоздалой диагностики явилось прежде всего то, что больная не обращалась к врачам по поводу неврологических симптомов, которые появились 12 лет назад и продолжали беспокоить в течение всех этих лет. Только потеря зрения заставила ее обратиться к неврологу. В силу поздней диагностики адекватная специфическая терапия не привела к восстановлению зрительных функций.

ВЫВОДЫ

1. Для офтальмологов: при выявлении у пациентов увеита, неврита зрительных нервов, атрофии зрительных нервов показано обследование на сифилис. Сифилис в анамнезе, в том числе леченый, может быть причиной кератита, катаракты, глаукомы, атрофии зрительных нервов. Таких пациентов необходимо направлять к дерматовенерологу для исключения/диагностики поздних форм сифилиса (нейросифилиса, висцерального сифилиса).

2. Для дерматовенерологов: всем без исключения больным вторичным сифилисом, нейросифилисом, сифилисом в сочетании с ВИЧ-инфекцией показано обследование у офтальмолога для исключения/диагностики патологии органа зрения.

Конфликт интересов: отсутствует.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из

авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Литература/References

1. Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А., Богданова Е.В. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2004–2013 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 2014; 5: 25–7. doi: <http://dx.doi.org/10.25208/0042-4609-2014-0-5-24-31>. Kubanova A.A., Melekhina L.E., Kubanov A.A., Bogdanova E.V. The incidence of syphilis in the Russian Federation for the period 2004–2013. Vestnik dermatologii i venerologii. 2014; 5: 25–7. doi: <http://dx.doi.org/10.25208/0042-4609-2014-0-5-24-31> (in Russian).
2. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки. Вестник дерматологии и венерологии. 2016; 3: 12–28. doi: <http://dx.doi.org/10.25208/0042-4609-2016-0-3-12-28>. Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melekhina L.E., Bogdanova E.V. The organization of medical care in the profile "dermatology" in the Russian Federation. Dynamics of incidence of sexually transmitted infections, diseases of the skin and subcutaneous tissue. Vestnik dermatologii i venerologii. 2016; 3: 12–28. doi: <http://dx.doi.org/10.25208/0042-4609-2016-0-3-12-28> (in Russian).
3. Родиков М.В., Прохоренков В.И. Нейросифилис: от диагноза к лечению. Часть I. Эпидемиология, патогенез, клиника. Вестник дерматологии и венерологии. 2010; 1: 28–34. Rodikov M.V., Prokhorenkov V.I. Neurosyphilis: from diagnosis to treatment. Part I. Epidemiology, pathogenesis, clinic. Vestnik dermatologii i venerologii. 2010; 1: 28–34 (in Russian).
4. Чеботарев В.В., Чеботарева Н.В. Актуальна ли проблема сифилиса сегодня? Клиническая дерматология и венерология. 2015; 3: 52–5. doi: [10.17116/klinderma201514352-56](http://dx.doi.org/10.17116/klinderma201514352-56). Chebotarev V.V., Chebotareva N.V. The relevance of the problem of syphilis today? Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2015; 3: 52–5. doi: [10.17116/klinderma201514352-56](http://dx.doi.org/10.17116/klinderma201514352-56) (in Russian).
5. Катунин Г.Л., Мелехина Л.Е., Фриго Н.В. Нейросифилис: эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика. Вестник дерматологии и венерологии. 2013; 5: 40–9. Katunin G.L., Melekhina L.E., Frigo N.V. Neurosyphilis: epidemiology, pathogenesis, clinic, laboratory diagnostics. Vestnik dermatologii i venerologii. 2013; 5: 40–9 (in Russian).
6. Залевская О.В., Вазьбин Л.Б., Лосева О.К., Шувалова Т.М. Сифилис нервной системы у пациентов, лечившихся по поводу сифилиса в прошлом. Клиническая дерматология и венерология. 2010; 3: 76–81. Zalevskaya O.V., Vazhbin L.B., Loseva O.K., Shuvalova T.M. Syphilis of the nervous system in patients treated for syphilis in the past. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2010; 3: 76–81 (in Russian).
7. Охотимская С.А., Согреева Е.Н., Лавров А.Ю., Тактамышева Э.Ш. Сифилитический увеит. Вестник офтальмологии. 1998; 3: 52–4. Okhotsimskaya S.A., Sogreeva E.N., Lavrov A.Yu., Taktamysheva E.Sh. Syphilitic uveitis. Vestnik oftal'mologii. 1998; 3: 52–4 (in Russian).
8. Торшина И.Е., Могилевцев В.В., Луговая А.А. К проблеме диагностики сифилитического поражения органа зрения. Вестник офтальмологии. 2011; 127 (1): 52–6. Torshina I.E., Mogilevcev V.V., Lugovaya A.A. The problem of diagnosis of syphilitic lesions of the eye. Vestnik oftal'mologii. 2011; 127 (1): 52–6 (in Russian).
9. Oliver S., Sahi Sh., Tantalo B.S. Molecular Typing of Treponema pallidum in ocular syphilis. Sex Trans. Dis. 2016; 8 (43): 524–7. doi: [10.1097/OLQ.0000000000000478](http://dx.doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000478).
10. Hong May-Ching, Sheu Shwu-Jiuan, Wu Tsung-Tien. Ocular uveitis as the initial presentation of syphilis. J. Chin. Med. Assoc. 2007; 70 (7): 274–80. doi: [10.1016/S1726-4901\(07\)70004-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901(07)70004-7).
11. Mathew R.G., Goh B.T., Westcott M.C. British Ocular Syphilis Study (BOSS): 2-year national surveillance study of intraocular inflammation secondary to ocular syphilis. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2014; 55: 5394–400. doi: [10.1167/iovs.14-14559](http://dx.doi.org/10.1167/iovs.14-14559).
12. Barile G.R., Flynn T.E. Syphilis exposure in patients with uveitis. Ophthalmology. 1997; 104: 1605–9. doi: [10.1136/bjo.86.8.930-a](http://dx.doi.org/10.1136/bjo.86.8.930-a).
13. Browning D.J. Posterior segment manifestations of active ocular syphilis, their response to neurosyphilis regimen of penicillin therapy, and the influence of human immunodeficiency virus status on response. Ophthalmology. 2000; 107: 2015–23. doi: [10.1016/S0161-6420\(00\)00457-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0161-6420(00)00457-7).
14. Kiss S., Damico F.M., Young L.H. Ocular manifestations and treatment of syphilis. Semin Ophthalmol. 2005; 20: 161–7. doi: [10.1080/08820530500232092](http://dx.doi.org/10.1080/08820530500232092).
15. Kuo I.C., Kapusta M.A., Rao N.A. Vitritis as the primary manifestation of ocular syphilis in patients with HIV infection. Am. J. Ophthalmology. 1998; 125 (3): 306–11.
16. Parc C.E., Chahed S., Patel S.V., Salmon-Ceron D. Manifestations and treatment of ocular syphilis during an epidemic in France. Sex. Transm. Dis. 2007; 34: 553–6. doi: [10.1097/01.olq.0000253385.49373.1a](http://dx.doi.org/10.1097/01.olq.0000253385.49373.1a).
17. Doris J.R., Saha K., Jones N., Sukthankar A. Ocular syphilis: the new epidemic. Eye. 2006; 20: 703–5. doi: [10.1038/sj.eye.6701954](http://dx.doi.org/10.1038/sj.eye.6701954).
18. Durnian J.M., Naylor G., Saeed A.M. Ocular Syphilis: the return of an old acquaintance. Eye. 2004; 18: 440–2. doi: [10.1038/sj.eye.6700687](http://dx.doi.org/10.1038/sj.eye.6700687).
19. Kunkel J., Schürmann D., Pleyer U., et al. Ocular syphilis—indicator of previously unknown HIV infection. J. Infect. 2009; 58: 32–6. doi: [10.1016/j.jinf.2008.11.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2008.11.004).
20. Shen J., Feng L., Li Y. Ocular syphilis: an alarming infectious eye disease. Int. J. Clin. Exp. Med. 2015; 8 (5): 7770–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4509273>.
21. Villanueva A.V., Sahouri M.J., Ormerod L.D., Puklin J.E., Reyes M.P. Posterior uveitis in patients with positive serology for syphilis. Clin. Infect. Dis. 2000; 30: 479–85. doi: [10.1086/313689](http://dx.doi.org/10.1086/313689).
22. Yang P., Zhang N., Li F., Chen Y., Kijlstra A. Ocular manifestations of syphilitic uveitis in Chinese patients. Retina. 2012; 32 (9): 1906–14. doi: [10.1155/2016/2797028](http://dx.doi.org/10.1155/2016/2797028).
23. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. Москва: Деловой экспресс. 2016; 679–715.
24. Janier M., Hegyi V., Dupin N., Unemo M., eds. 2014 European guideline on management of syphilis. JEADV. 2014; 28: 1582–93. doi: [10.5114/dr.2015.55318](http://dx.doi.org/10.5114/dr.2015.55318).
25. Workowski K.A., Bolan G.A. Centers for disease control and prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. 2015. MMWR Recomm. Rep. 2015; 64: 1–137.
26. Barboni P., Savini G., Carbonelli M., Carelli V., Sadun A.A. Optical coherence tomography for optic disc edema. Arch. Ophthalmol. 2011; 129 (9): 1245–6. doi: [10.1001/archophthalmol.2011.282](http://dx.doi.org/10.1001/archophthalmol.2011.282).
27. Sahin O., Ziaei A. Clinical and laboratory characteristics of ocular syphilis, co-infection, and therapy response. Clinical Ophthalmology. 2016; 10: 13–8. doi: [10.2147/OPTH.S94376](http://dx.doi.org/10.2147/OPTH.S94376).
28. Spoor T.C., Ramocki J.M., Nesi F.A., Sorscher M. Ocular syphilis 1986. Prevalence of FTA-ABS reactivity and cerebrospinal fluid findings. J. Clin. Neuroophthalmol. 1987; 7: 191–5; 196–7.
29. Ting D., Xinjun W., Shaona Z. Clinical manifestations and cerebrospinal fluid status in ocular syphilis in HIV-Negative patients. BMC Infectious Diseases. 2016; 5: 245–8. doi: [10.1186/s12879-016-1586-z](http://dx.doi.org/10.1186/s12879-016-1586-z).

Поступила: 10.10.2017

Eye lesions in syphilis

D.V. Bokhonovich — dermatologist/venereologist,¹ PhD student of the ophthalmology department³

O.K. Loseva — dermatologist/venereologist¹, Dr. Med. Sci, Professor, skin and STD department³

A.A. Ryabtseva — Dr. Med. Sci., Professor, head of the ophthalmology department²

A.A. Kovrizhkina — ophthalmologist, junior researcher, ophthalmology department²

V.M. Yudakova — dermatologist/venereologist¹

N.V. Chernysheva — dermatologist/venereologist¹

¹Moscow regional clinical skin and STD dispensary, 61/2, Shchepkina st., Moscow, 129110, Russia

²Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI), 61/2, Shchepkina st., Moscow, 129110, Russia

³Institute of medical and social technologies, Moscow State University of Food Production, 11, Volokolamskoe shosse, Moscow, 125080, Russia

loseva_ok@mail.ru

The paper is focused on diagnosing eye structure lesions in patients with syphilis. Two clinical cases are described: a case of syphilitic uveitis in early syphilis and optic nerve atrophy in late syphilis. The main purpose is to increase the awareness of ophthalmologists about specific eye diseases in syphilis and the need for early detection of such pathologies.

Keywords: syphilis, neurosyphilis, syphilitic uveitis, syphilitic chorioretinitis.

For citation: Bokhonovich D.V., Loseva O.K., Ryabtseva A.A., Kovrizhkina A.A., Yudakova V.M., Chernysheva N.V. Eye lesions in syphilis. Russian ophthalmological journal. 2018; 11 (2): 46–53. doi: 10.21516/2072-0076-2018-11-2-46-53 (In Russian).

Conflict of interests: there is no conflict of interests.

Financial disclosure: No author has a financial or property interest in any material or method mentioned.