

УДК 616.9:577.861.1:616.36-002

КЛІНІЧНІ ВИЯВИ ТА ПЕРЕБІГ СИФІЛІСУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Л.В. Гречанська

Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, ІПСШ, сифіліс, серологічні реакції, змішане інфікування.

На тлі епідемії ВІЛ/СНІДу підвищилася увага до інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), у зв'язку з частим поєднанням цих інфекцій, особливо серед осіб категорії підвищеного ризику. ІПСШ сприяють передачі ВІЛ-інфекції, а їхні ерозивно-виразкові форми прискорюють цей процес у 5—6 разів [1, 2, 14, 17, 19].

Останніми роками як у усьому світі, так і в нашій державі спостерігається значне поширення ВІЛ/СНІДу та інфекцій, що передаються статевим шляхом. Так, за даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом станом на 01.08.2005 зареєстровано 82 540 ВІЛ-інфікованих та 11 039 хворих на СНІД [1].

ВІЛ-інфекція має здатність впливати на клінічний перебіг сифілісу та інших ІПСШ. Епідемічні процеси при ВІЛ-інфекції та сифілісі дуже схожі. Ідентичні біологічні рідини, в яких виявляється збудник, однакові шляхи передачі інфекції та групи ризику, багато спільного і в особливостях поширення ВІЛ-інфекції та сифілісу. Зміни в епідеміологічній ситуації та в сексуальній поведінці осіб репродуктивного віку сприяють реінфекції сифілісу та ВІЛ-інфікуванню [4, 7, 12].

За даними різних авторів, на сифіліс хворіє 18—70% ВІЛ-інфікованих [3, 5, 6, 11, 18]. Клінічна картина може бути різною, хоча в більшості цих випадків перебіг сифілісу не відрізняється від його перебігу в неінфікованих ВІЛ. При первинному сифілісі у пацієнтів часто виявляють виразкові шанкри, які ускладнюються вторинною інфекцією. У ВІЛ-інфікованих висипання у вторинному періоді сифілісу нерідко поєднуються зі специфічними ураженнями нервової системи, органів зору, суглобів, супроводжуються підвищенням температури, поганим самопочуттям [6, 8, 15].

У деяких дослідженнях показано, що у ВІЛ-інфікованих сифіліс частіше прогресує в нейросифіліс, попри повноцінне лікування [13].

Крім того, стандартні серологічні реакції у ВІЛ-інфікованих можуть бути негативними або лишатися позитивними тривалий час по завершенні лікування. Хоча серорезистентність буває і в тих випадках, коли немає ознак імунодефіциту, її частота найвища саме у пацієнтів з імуносупресією. Особливо у ВІЛ-інфікованих, хворих на сифіліс, в яких ВІЛ-інфекція та, як її наслідок, імунодефіцит сприяють зміні клінічних виявів сифілісу та негативно впливають на ефективність лікування. Тому вивчення клінічних особливостей перебігу сифілісу у

ВІЛ-інфікованих має важливе практичне значення [5, 9, 10, 16, 19].

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 94 хворих (47 чоловіків та 47 жінок) на сифіліс, інфікованих ВІЛ, які перебували на обліку в Київському міському центрі боротьби зі СНІДом та його профілактики. Групу контролю становили 62 пацієнти із сифілісом без ВІЛ. Діагноз ВІЛ-інфекції встановлено на підставі даних клінічного, епідеміологічного, лабораторного обстеження та підтверджено дворазовим виявленням антитіл до ВІЛ методом ІФА. Діагноз сифілісу встановлено за даними анамнезу, конфронтації, клінічних виявів, результатів серологічного дослідження крові, наявності блідої трепонеми в темному полі. Використано такі серологічні методи дослідження: реакцію зв'язування комплекменту з трепонемним та кардіоліпіновим антигеном, мікрореакцію преципітації з кардіоліпіновим антигеном, у деяких випадках — реакцію імунофлуоресценції з розведенням сироватки в 200 разів (РІФ-200) та реакцію імунофлуоресценції з абсорбцією (РІФ-абс), реакцію іммобілізації блідих трепонем (РІБТ). ІПСШ підтверджували на підставі результатів уніфікованих лабораторних методів досліджень.

Результати та їхнє обговорення

Серед обстежених ВІЛ-інфікованих первинний сифіліс встановлено в 12 хворих, сифіліс вторинний свіжий — у 5, у 32 пацієнтів діагностовано вторинний рецидивуючий, у 38 — сифіліс прихований ранній, у 1 випадку виявлено сифіліс прихований пізній та в 6 — серорезистентність після пролікованого сифілісу.

Концентрація захворюваності припадає на 20—29 років у жінок та 25—34 роки в чоловіків. Серед ВІЛ-інфікованих, у яких встановлено діагноз сифілісу, 57 були споживачами парентеральних наркотичних речовин, з них 36 чоловіків та 21 жінка; статевий шлях інфікування ВІЛ констатовано у 37 хворих (11 чоловіків та 26 жінок).

Клінічно первинний сифіліс у ВІЛ-інфікованих виявлявся у вигляді виразкових шанкрів (6 випадків), ерозивних шанкрів (3 хворих), в одного пацієнта був фімоз, ще в одного — розвинувся індураційний набряк.

У всіх хворих на вторинний свіжий сифіліс були залишки шанкру та розеолезний висип, який у 2 пацієнтів поєднувався з палами сечостатевих органів, а в 3 — з папульозним сифілідом гомілок.

Вторинний рецидивуючий сифіліс супроводжувався рясними папульозними висипами у 30 випадках, а у 2 — папульозно-пустульозними. У 8 хворих були рясні згруповані розеольозно-папульозні висипи з ціанотичним відтінком. Папульозні висипання представлені лентикулярними, монетоподібними та себорейними елементами. Виявлено папули на долонях (12 випадків), підшвах (12), сечостатевих органах (20), нижніх кінцівках (8), волосяній частині голови (6), тулубі (8), у ротовій порожнині (3), в періанальній ділянці (6 випадків). Папули були яскраві, з вираженою інфільтрацією. На долонях та підшвах висипи також вирізнялися інфільтрацією, підвищеною щільністю, лущенням. На поверхні себорейних папул волосяної частини голови виявлено значну кількість жирних лусочок.

У 4 хворих поряд із папульозними висипами спостерігалася сифілітична алопеція у вигляді дрібновогнищцевого випадіння волосся (2 випадки) та дифузного порідіння волосся (2 випадки).

Сифілітичну еритематозну ангіну встановлено у 20 пацієнтів із вторинним рецидивуючим сифілісом. У 2 хворих розвинувся пустульозний сифілід.

У всіх хворих збільшилося кілька груп лімфатичних вузлів, переважно пахових, пахвових та нижньопідщелепних.

Із 94 пацієнтів негати́вація КСР після лікування сифілісу не відбулася у 28 (30 %) хворих, переважно це хворі на прихований ранній сифіліс (13 осіб). Серологічні дослідження крові у всіх випадках були позитивними. В більшості ВІЛ-інфікованих встанов-

лено низький титр антитіл в РЗК — $(60,2 \pm 5,1) \%$, частка середніх та високих титрів антитіл становила $(39,8 \pm 5,1) \%$.

Сифіліс як моноінфекція спостерігався в $(6,4 \pm 2,5) \%$ пацієнтів, у інших $(93,6 \pm 2,5) \%$ він поєднувався з різними ІПСШ. У 32 хворих було виявлено трихомоніаз, у 23 — урогенітальний хламідіоз, у 13 — гонорею, у 12 — урогенітальний кандидоз, у 8 — гострокінцеві конділоми, у 10 — урогенітальний герпес, у 14 — бактеріальний вагіноз, у 2 — вияви контагіозного моллюску.

Висновки

1. Сифіліс часто виявляють у ВІЛ-інфікованих, він має особливості клінічного перебігу на всіх стадіях захворювання.

2. ВІЛ-інфекція і сифіліс діагностують переважно в молодому репродуктивному віці — 20—34 роки.

3. Первинний та вторинний сифіліс на тлі ВІЛ-інфекції вирізняється різноманітністю виявів — розеольозні, папульозні та пустульозні сифіліди спостерігаються одночасно.

4. У більшості ВІЛ-інфікованих, хворих на сифіліс, низькі титри антитіл у КСР та уповільнена негати́вація серологічних реакцій після проведеного лікування.

5. Сифіліс у ВІЛ-інфікованих виявляється у вигляді змішаного інфікування різними збудниками ІПСШ, що пов'язано зі спільними шляхами поширення цих інфекцій та зумовлює особливості їхнього перебігу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк А.Д., Щербинская А.М., Ченцова Н.П. и др. Клинико-эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции и СПИДа на Украине // Журн. микробиол.— 1999.— № 1.— С. 29—31.
2. Калюжна Л.Д. ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом // Медичний всесвіт.— 2003.— № 1.— С. 88—92.
3. Коляченко В.Г., Степаненко В.И. Клинические проявления СПИДа на коже и видимых слизистых оболочках // Мистецтво лікування.— 2003.— № 5 (5).— С. 24—28.
4. Кубанова А.А., Авкобян В.А., Тоскин И.А. Современные представления об эпидемическом процессе инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции // Вестник дерматологии и венерологии.— 2000.— № 6.— С. 14—19.
5. Молочков В.А., Романенко Г.Ф., Будилова И.В. и др. К проблеме терапии больных ранними формами сифилиса // Росс. журн. кожных и венерических болезней.— 1999.— № 6.— С. 44—47.
6. Панкратов В.Г., Кохно Г.Н. Клинические проявления и течение сифилиса у ВИЧ-инфицированных // Здравоохрание Беларуси.— 2003.— № 1.— С. 23—26.
7. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. О повторных заражениях сифилисом // Росс. журн. кожных и венерических болезней.— 2005.— № 1.— С. 38—42.
8. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение.— М.: Гэотар Медицина, 2000.— 496 с.
9. Посохова С.П. Гінекологічні аспекти ВІЛ-інфекції // Одеський медичний журнал.— 2003.— № 2 (76).— С. 62—64.
10. Хамидов Ш.А., Валиханов У.А., Балтабаев М.К. Особенности эпидемиологии, современного течения и лечения

раннего приобретенного сифилиса // Вестн. дерматол. и венерол.— 2004.— № 2.— С. 55—57.

11. Челюста Агам, Иен-Мур Анжела, Мелоди Ван гер Страпен и др. Заболевания, передаваемые половым путем, у ВИЧ-инфицированных пациентов // ИППП.— 2002.— № 1.— С. 29—40.

12. Bruisten S.M. Genital ulcers in women // Curr. Women's Health Rep.— 2003.— Vol. 3, N 4.— P. 288—298.

13. Christina M. Marra. Neurosyphilis // Current Neurology and Neuroscience Reports.— 2004.— Vol. 4.— P. 435—440.

14. Farley T.A., Cohen D.A., Wu S.Y., Besch C.L. The value of screening for sexually transmitted diseases in an HIV clinic // J. Acquir. Immune.— 2003.— Vol. 33, N 5.— P. 642—648.

15. Gore-Felton C., Vosvick M., Bendel T., Koopman C. Correlates of sexually transmitted disease infection among adults living with HIV // Int. J. STD AIDS.— 2003.— Vol. 14, N 8.— P. 539—546.

16. Moodley P., Sturm P.D., Vanmali T., Wilkinson D. Association between HIV-1 infection, the etiology of genital ulcer disease, and response to syndromic management // Sex. Transm. Dis.— 2003.— Vol. 30, N 3.— P. 241—245.

17. Moodley P., Wilkinson D., Connolly C., Sturm A.W. Male urethritis: impact of HIV co-infection and response to syndromic management // J. STD AIDS.— 2001.— Vol. 12, N 2.— P. 106.

18. Podwinska J. Syphilis and AIDS // Arch. Immunol. Ther. Exp. Warsz.— 1996.— Vol. 44, N 5—6.— P. 329—333.

19. Wright T.C. Jr., Subbarao S., Ellerbrock T.V. Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration // Am. J. Obstet. Gynecol.— 2001.— Vol. 184, N 3.— P. 279—285.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ**Л.В. Гречанская**

Сифилис у ВИЧ-инфицированных характеризуется разнообразием клинических проявлений. У большинства больных СПИДом определяются низкие титры антител, а также замедление негативации серологических реакций после проведенного лечения. Сифилис у ВИЧ-инфицированных часто сочетается с другими ИППП, что связано с общностью путей заражения и обуславливает особенности течения этих инфекций.

CLINICAL DISPLAYS AND CURRENT OF THE SYPHILIS IN HIV-INFECTED**L.V. Grechanska**

Studying clinical displays and current features of a syphilis in HIV-infected is carried out. It is established, that the syphilis in HIV-infected is characterized by a variety of clinical displays. At the majority HIV-infected low credits of antibodies, and also delayed serologic response after the lead treatment are determined. The syphilis in HIV-infected patients frequently is combined with others STI, that is connected to a generality of ways of infection and causes features of current of these infections.