



Клинический случай

Клиническая картина вторичного периода сифилиса у ВИЧ-инфицированных больных

Л.И. Глебова¹, Е.В. Задюнченко^{1✉}, А.В. Шалангина²¹ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия;²Филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

✉z777kat@inbox.ru

Аннотация

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП), до сих пор остаются в центре внимания врачей. Особый интерес представляют сочетанные случаи половых инфекций. Наиболее интересными и сложными в плане диагностики и лечения являются пациенты, инфицированные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и другими заболеваниями. Венерологи наблюдают тяжелое течение хронических дерматозов у лиц с ВИЧ-инфекцией, нетипичное течение других инфекций, отсутствие эффекта от классических методов лечения. Работа посвящена наблюдению за ВИЧ-инфицированными пациентами с наличием сифилиса во время их нахождения на стационарном лечении в венерологическом отделении филиала «Клиника им. В.Г. Короленко», ГБУЗ МНПЦДК. Приведен дифференциальный диагноз проявлений вторичного сифилиса у этих больных и особенности течения болезни.

Ключевые слова: инфекции, передающиеся половым путем, сифилис, вторичный сифилис, ВИЧ-инфекция, сифилитическая плеши-вость, розеолезная сыпь.

Для цитирования: Глебова Л.И., Задюнченко Е.В. Клиника вторичного периода сифилиса у ВИЧ-инфицированных больных. Клинический разбор в общей медицине. 2024; 5 (1): 72–77. DOI: 10.47407/kr2023.5.1.00364

Clinical Case

Clinical presentation of secondary syphilis in HIV-infected patients

Larisa I. Glebova¹, Ekaterina V. Zadionchenko^{1✉}, Anna V. Shalaginova²¹Russian University of Medicine, Moscow, Russia;²Moscow Scientific and Practical Center for dermatology and Cosmetology branch “Clinic V.G. Korolenko”, Moscow, Russia

✉z777kat@inbox.ru

Abstract

Predominantly sexually transmitted infections (STIs) continue to be of concern to physicians. Particularly interesting are cases of combined STIs. Patients infected with human immunodeficiency virus (HIV) and other diseases pose the most challenging diagnostic and treatment scenarios. Venereologists observe severe manifestations of chronic dermatoses in individuals with HIV infection, atypical courses of other infections, and lack of response to conventional treatment methods. This study focuses on monitoring HIV-infected patients with syphilis during their hospitalization in the venereology department of the V.G. Korolenko Clinic, a branch of the State Budgetary Healthcare Institution Moscow Research and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology. The study presents a differential diagnosis of secondary syphilis manifestations in these patients and discusses the peculiarities of the disease course.

Keywords: sexual transmitted infections, syphilis, secondary syphilis, HIV infection, syphilitic alopecia, roseola rash.

For citation: Glebova L.I., Zadionchenko E.V., Shalaginova A.V. Clinical Presentation of Secondary Syphilis in HIV-Infected Patients. Clinical review for general practice. 2024; 5 (1): 72–77 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2023.5.1.00364

В последние 10–15 лет в венерологические отделения (ВО) на стационарное лечение все чаще поступают молодые люди (20–30 лет) с клиническими проявлениями сифилиса кожи, инфицированные ВИЧ. ВИЧ-инфекцию эти больные сифилисом в большинстве случаев имеют уже в течение 5–7 лет, многие из них состоят на учете в Московском городском центре профилактической борьбы со СПИДом (МГЦ СПИД), Некоторые из них получают антиретровирусную терапию. Практически все они являются лицами нетрадиционной сексуальной ориентации, практикуют оральный секс, имеют клинические проявления первичного периода сифилиса на слизистых оболочках: на губах, в полости рта и в области ануса [1].

Учитывая отсутствие иммунитета при сифилисе, эти молодые люди заражаются им неоднократно, причем свой анамнез они обычно скрывают от врачей. После лечения в стационаре они опять возвращаются в свою прежнюю среду, в те же компании, продолжают половую жизнь с теми же половыми партнерами. Большинство из них имеет возможность повторного заражения не только сифилисом, но и другими половыми инфекциями, а также могут являться источниками заражения ВИЧ-инфекцией других новых лиц из их окружения. В наше время сифилис хорошо лечится антибиотиками, проблемы санации организма от этого заболевания глубоко изучены сифилидологами. [2]. Однако с вирусом иммунодефицита человека дело обстоит несколько иначе. На-

личие сифилиса может увеличивать вероятность заражения вирусом иммунодефицита, особенно при незащищенном половом контакте, кроме того, может способствовать прогрессированию ВИЧ-инфекции [3].

ВИЧ-инфекция сегодня по-прежнему является хроническим неуклонно прогрессирующим заболеванием, при отсутствии лечения которого неизбежно наступает фатальный исход. Однако за годы наблюдений за такими больными было замечено, что у отдельных инфицированных людей заболевание прогрессирует медленно или не прогрессирует вовсе: таким пациентам удается без всякого лечения поддерживать «нормальный» уровень клеток CD4 и, соответственно, избегать развития оппортунистических инфекций [4].

В зависимости от характера развития основных патогенетических механизмов ВИЧ-инфекции и темпа формирования иммунодефицита всех больных принято делить на несколько групп. Первая группа – лица, у которых развитие необратимого иммунодефицита СПИДа наступает в течение первых лет после инфицирования. Вторую группу составляют больные со сравнительно быстро прогрессирующей формой заболевания. СПИД у них формируется в течение 2–5 лет. К третьей группе относятся пациенты с медленным развитием болезни, которая в течение длительного времени остается в бессимптомной стадии, когда уровни CD4-клеток сохраняются в пределах физиологической нормы в течение 10 лет и более [5].

Ученые активно изучают и развивают подходы к ведению и лечению таких пациентов. Представление о том, что люди с ВИЧ-инфекцией могут прожить не более 10–12 лет, изменилось. Существуют клинические наблюдения, когда после заражения ВИЧ-инфицированные не принимали никакого лечения по 15 лет и тем не менее находились в полном здравии. Возможные причины такого течения инфекции кроются в особенностях индивидуального иммунного ответа человека. Тем не менее для основной массы ВИЧ-инфицированных нужны химиопрепараты, подавляющие репродукцию вируса. Именно они позволяют существенно увеличить сроки жизни пациентов на 12–20 лет. Более того, в крови людей получающих антиретровирусную терапию содержится невысокое количество вируса, что делает их менее заразными. Отчего это происходит?

Ранние клинические проявления ВИЧ-инфекции, за исключением увеличения лимфоузлов, проходят, в дальнейшем, в течение нескольких лет, другие клинические признаки ВИЧ-инфекции у зараженных лиц также могут не обнаруживаться. В этот период сохраняется активность ВИЧ и происходит медленное снижение количества CD4-клеток. Когда защитные силы организма ослабевают, у пациента начинают возникать разнообразные оппортунистические заболевания, тяжесть которых нарастает по мере снижения количества CD4-клеток. При значительном падении уровня CD4-клеток оппортунистические поражения приобретают угрожающий для жизни характер [6].

Рис. 1. Больной Г., 19 лет. Вторичный сифилис. Розеолезная сыпь.
Fig. 1. Patient G, age 19 years. Secondary syphilis. Faint pink maculopapular (roseola-like) rash.



В венерологическом отделении филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» мы наблюдали двух молодых пациентов, госпитализированных со вторичным сифилисом, имевших ВИЧ-инфекцию в течение от одного года до трех лет. Приводим наши наблюдения.

Клинический случай 1 (рис. 1)

Больной Г., 19 лет, переведен из поликлиники МНПЦД в венерологическое отделение филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» с диагнозом: сифилис вторичный кожи, реинфекция (обильная розеолезная сыпь туловища, полиаденит.). В анамнезе ВИЧ-инфекция, стадия 3, субклиническая. Состоит на учете в МГЦ СПИД с 2022 г. Антитела к ВИЧ обнаружены. Лечение антиретровирусными препаратами получает.

Известно, что в марте 2023 г. больному был поставлен диагноз: сифилис первичный с проявлениями твердого шанкра в анусе и регионарным лимфоденитом. Лечился амбулаторно цефтриаксоном, проходил клинико-серологический контроль и имел реакцию микропреципитации (РМП) 4+, реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) 4+.

В октябре 2023 г. повторно заболел сифилисом. У больного наблюдалась эритематозная ангина, розеолезная сыпь на коже туловища, эрозия на головке полового члена. Исследования методом полимеразной цепной реакции подтвердили диагноз «сифилис». Проходил лечение в инфекционной клинической больнице №2 цефтриаксоном. При исследовании крови было вы-

явлено: РМП 4+, РПГА 4+, титр 1:20480; иммуноферментный анализ (ИФА) >16,5; IgG – 6,7.

Однако после проведенного лечения положительной динамики со стороны серологических реакций не наблюдалось, поэтому в ноябре 2023 г. направлен в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» для продолжения лечения антибиотиками с диагнозом «сифилис вторичный, обильная розеолезная сыпь, ВИЧ-инфекция стадия 3 субклиническая».

Пациент не женат. Имеет частые половые связи с мужчинами (3–4 партнера в месяц). Привычные интоксикации отрицает, не работает.

При осмотре на коже передней брюшной стенки и боковых поверхностях туловища имеются обильные пятнистые высыпания бледно-розового цвета с нерезкими границами, округлой формы, диаметром от 1,0 до 1,5 см, не имеющие тенденцию к слиянию между собой, с гладкой поверхностью без склонности к периферическому росту и не возвышающиеся над окружающей кожей. Пятна (розеолы) располагаются беспорядочно, но симметрично и фокусно.

Больной консультирован специалистами (окулист, терапевт, психиатр) – специфической острой патологии выявлено не было. Неврологом сделана спинномозговая пункция. Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) с ликвором положительная – 65%; реакция иммунофлюоресценции (РИФ) с ликвором положительная – 3+; ИФА: антитела к *Treponema pallidum* – обнаружены. Суммарно – 4,8. Общий анализ крови – без патологии.

Клинический случай 2 (рис. 2)

Больной С., 19 лет, первично поступил в венерологическое отделение филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» с диагнозом: сифилис вторичный кожи, мелкоочаговая сифилитическое облысение. При исследовании крови обнаружено: РПГА 4+; РМП 4+ (1:4); РИФ 4+/4+; РИБТ – 75%. Кровь на ВИЧ положительная с

Рис. 2. Больной С., 19 лет. Вторичный сифилис. Мелкоочаговая плешивость.

Fig 2. Patient S., age 19 years. Secondary syphilis. Alopecia areolaris.



февраля 2023 г. Состоит на учете в МГЦ СПИД с 2023 г. Антитела к ВИЧ обнаружены. Антиретровирусную терапию не получает. В отделении по поводу сифилиса пролечен цефтриаксоном.

Известно, что молодой человек нетрадиционной сексуальной ориентации, регулярно практикует беспорядочные половые связи. Пациент не может точно указать, когда и от кого произошло инфицирование сифилисом и ВИЧ-инфекцией.

При осмотре кожи волосистой части головы, особенно в области висков и затылка имеется множество мелких, величиной с двух копеечную монету, очажков облысения. Они имеют округлые очертания и не сливаются между собой.

Со слов пациента последние месяцы у него часто болела голова.

Крупные ученые-венерологи считают, что выпадение волос при сифилитической алопеции происходит в результате отложения специфического инфильтрата непосредственно в волосяных фолликулах. Стержень волоса выпадает полностью, но после проведенного антибиотиками лечения, рассасывания инфильтратов, через 4–5 мес отрастают вновь. При этом кожа головы остается без видимых изменений [7].

Обсуждение

Анализируя данные клинические случаи, можно заметить, что сифилис у этих ВИЧ-инфицированных больных отличается такими особенностями, как множественность и яркость высыпаний, медленной негативацией серологических реакций после курса лечения антибиотиками, относительно быстрым появлением симптомов нейросифилиса (второй клинический случай), что, скорее всего, вызвано имеющимся иммунодефицитом, на фоне полноценного лечения сифилиса. Также хочется отметить тот факт, что у этих пациентов ВИЧ-инфекция протекала достаточно легко и, несмотря на сочетанную инфекцию, их общее состояние было удовлетворительное и оппортунистических инфекций выявлено не было. Что, скорее всего, связано с индивидуальными особенностями иммунитета, степенью вирусной нагрузки и проводящейся антиретровирусной терапии (1-й клинический случай).

Очень важно у больных с сочетанной патологией ВИЧ+сифилис правильно распознавать проявления сифилиса и оппортунистических заболеваний или осложнений, которые могут возникнуть на фоне проводимого лечения.

При постановке диагноза сифилиса следует особое внимание обратить на дифференциальную диагностику сифилитической розеолы на коже у больного.

Так, при **токсикодермии** появление на коже пятен отличается острым началом, связью с приемом медикаментов или некачественного алкоголя или пищи. Сыпь характеризуется яркой окраской, быстрым присоединением шелушения, склонностью к периферическому росту и слиянию, больные часто предъявляют жалобы на жжение и зуд (рис. 3).

Рис. 3. Больная М., 56 лет. Токсикодермия распространенная.
Fig. 3. Patient M., age 56 years. Advanced toxicoderma.



Рис. 4. Розовый лишай.
Fig. 4. Pityriasis rosea.



Рис. 5. Мраморная кожа.
Fig. 5. Mottled skin.

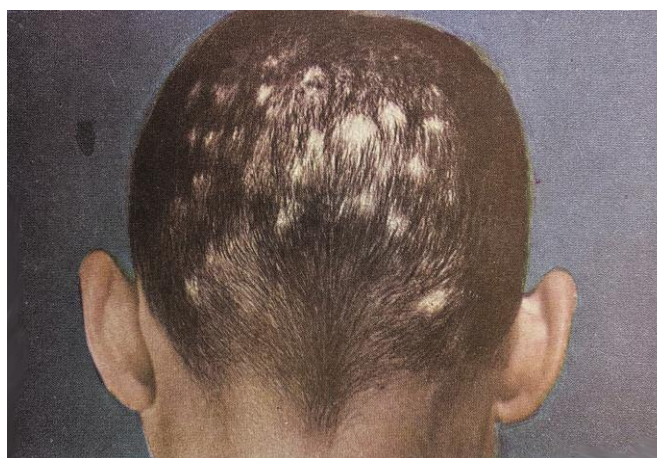


У больных **розовым лишаем** в отличие от сифилитической розеолы высыпания в большей степени локализуются на боковой поверхности туловища. Вначале характерно появление так называемой материнской

Рис. 6. Больной Э., 51 год. Отрубевидный лишай.
Fig. 6. Patient E., age 51 years. Tinea versicolor.



Рис. 7. Мелкоочаговая трихофития.
Fig. 7. Small focal trichophytosis.



бляшки, представляющий собой овальное розово-красное пятно размером около 1,5×3 см и более с тонкой желтоватой чешуйкой на поверхности. Спустя некоторое время по линиям Лангера появляется большое количество аналогичных элементов, но меньшей величины (рис. 4).

Мраморная кожа возникает в результате просвечивания расширенных поврежденных капилляров кожи. В отличие от пятнистого сифилида выраженность мраморной сетки усиливается при охлаждении кожного покрова и исчезает, если энергично растереть или согреть кожу (рис. 5).

При отрубевидном или разноцветном лишае в отличие от сифилитической сыпи чаще на верхней части туловища появляются пятна невоспалительного харак-

тера, цвета кофе с молоком, шелушащиеся и склонные к слиянию (рис. 6). При смазывании спиртовым раствором йода они окрашиваются в более темный цвет по сравнению с окружающей кожей.

Пятна от **укусов плосниц** отличаются от сифилитических своим серовато-фиолетовым цветом. В центре некоторых элементов видно еле заметное точечное геморрагическое пятнышко от укуса. Эти элементы не исчезают при надавливании, в отличие от сифилитической розеолы.

При дифференциальной диагностике сифилитической розеолезной сыпи с указанными заболеваниями важное диагностическое значение имеет отсутствие других клинических симптомов вторичного сифилиса, а также положительные результаты серологических реакций.

Яркий признак раннего поражения центральной нервной системы и проявление вторичного сифилиса – мелкоочаговая плешивость – имеет некоторое сходство с гнездовой плешивостью, а также с поверхностной трихофитией и микроспорией волосистой части головы.

При **гнездовой алопеции** возникают значительно более крупные, чем при сифилисе, единичные очаги облысения, резко отграниченные, с блестящей гладкой поверхностью, с полным отсутствием волос и с зоной расшатанных волос по периферии.

При **поверхностной трихофитии** волосистой части головы в отличие от мелкоочаговой сифилитической плешивости в очагах поражения имеется шелушение и эритема (рис. 7). Волосы не выпадают, а обламываются на высоте 0–1 мм, а при **микроспории** на высоте 3–5 мм. В пораженных волосах при микроскопии обнаруживаются споры грибов: эндотрикс (трихофития) и экзотрикс (микроспория), а при исследовании в лучах лампы Вуда – ярко зеленое свечение, чего не наблюдается при сифилисе.

Литература / References

1. Голохвастова Е.Л. Клиника и лечение ВИЧ-инфекции. Инфекционные болезни. М., 2011.
Golokhvastova E.L. Clinic and treatment of HIV infection. Infectious diseases. Moscow, 2011 (in Russian).
2. Шапошников О.К. Руководство. Венерические болезни. М.: Медицина, 1991.
Shaposhnikov O.K. The manual. Venereal diseases. Moscow: Medicine, 1991 (in Russian).
3. Adolf R, Bercht F, Aronis ML et al. Prevalence and risk factors associated with syphilis in a cohort of HIV positive individuals in Brazil. *AIDS Care*. 2012;24(2):252-8.
4. ВИЧ-инфекции и СПИД. Клинические рекомендации. Под ред. В.В. Покровского. М.: Геотар-Медиа, 2006.
HIV-infection and AIDS. Clinical recommendations. Ed. V.V. Pokrovsky. Moscow: Geotar-Media, 2006. (in Russian).
5. Хасанова Г.Р., Акчурина Л.Б., Анохин В.А. Варианты течения и прогрессирования ВИЧ-инфекции. *Инфекционные болезни*. 2013;11(2):72-7.
Khasanova G.R., Akchurina L.B., Anokhin V.A. Variants of the course and progression of HIV infection. *Infectious diseases*. 2013;11(2):72-7 (in Russian).
6. Покровский В.В. ВИЧ/СПИД в России: ситуация и прогноз. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2008;(3):4-7.
Pokrovsky V.V. HIV/AIDS in Russia: the situation and forecast. *Epidemiology and infectious diseases*. 2008;(3):4-7 (in Russian).
7. Аствацатуров К.А. Сифилис, его диагностика и лечение. 3-е издание. М.: Медицина, 1971.
Astvatsaturov K.A. Syphilis, ego diagnosis and treatment. 3rd ed. Moscow: Medicine, 1971 (in Russian).
8. Александров М.В., Пирятинская В.А., Соколовский В.В. Циклический характер заболеваемости сифилисом и неспецифическая резистентность макроорганизма. *Вестник дерматологии и венерологии*. 1997;(3):48-5.
Alexandrov M.V., Piryatinskaya V.A., Sokolovsky V.V. Cyclic nature of the incidence of syphilis and nonspecific resistance of the macroorganism. *Bulletin of Dermatology and Venereology*. 1997;(3):48-5 (in Russian).
9. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В., Рахматулина М.Р. и др. Заболеваемость сифилисом и некоторыми другими ИППП в Российской Федерации: прошлое, настоящее и пути достижения контроля эпидемиологической ситуации в будущем. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2023;99(4):41-59.
Krasnoselskikh T.V., Sokolovsky E.V., Rakhmatulina M.R. et al. The incidence of syphilis and some other sexually transmitted infections in the Russian Federation: past, present and ways to achieve control of the epidemiological situation in the future. *Bulletin of Dermatology and Venereology*. 2023;99(4):41-59 (in Russian).
10. Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/>
11. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Facts about syphilis. Stockholm: ECDC.

Заключение

Известно, что заболеваемость венерическими болезнями неравномерна и имеет некоторую цикличность. Имеются попытки связать периоды подъема и спада заболеваемости с солнечной активностью, геомагнитными колебаниями, военным фактором и другими мировыми ритмами [8]. Однако скорость нарастания заболеваемости напрямую зависит от качества и эффективности работы венерологических учреждений. Ослабление работы в этом направлении приводит к утрате действий медиков, направленных на управление эпидемическим процессом. Профилактические меры должны быть усилены и направлены на борьбу с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, беспорядочной половой активностью и нетрадиционной ориентацией, особую роль играет своевременная диагностика инфекций. По последним данным Росстата в РФ, а также других странах за 2021–2023 гг. значительно повысился процент заразившихся сифилисом и ВИЧ-инфекцией [9–11]. Этот комплекс мероприятий приобретает особую значимость в настоящее время из-за обострения военных конфликтов по всему миру, повышения миграционной активности, популярности нетрадиционных сексуальных контактов. Установлено, что болезнь распространяется особенно быстро в среде лиц с низкой социальной ответственностью, нетрадиционной сексуальной ориентацией, наркоманов. Очень важно учитывать способность вируса иммунодефицита человека к множественным быстрым мутациям, что приводит к изменчивости инфекции, возникновению нетипичных форм и проявлений и устойчивости к проводимой терапии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Глебова Лариса Ивановна – канд. мед. наук, доц. каф. кожных и венерических болезней лечебного факультета научно-образовательного института клинической медицины им. Н.А. Семашко, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины». ORCID: 0000-0001-6497-7062

Задюченко Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней лечебного факультета научно-образовательного института клинической медицины им. Н.А. Семашко, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины». Email: z777kat@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9295-5178

Шалагина Анна Валерьевна – врач-дерматовенеролог, зав. дерматовенерологическим отд-нием №1 стационара филиала, «Клиника им. В.Г. Короленко». Email: Avmk@list.ru; ORCID: 0000-0002-7625-9807

Поступила в редакцию: 06.02.2024

Поступила после рецензирования: 08.02.2024

Принята к публикации: 08.02.2024

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Larisa I. Glebova – Cand. Sci. (Med.), Russian University of Medicine. ORCID: 0000-0001-6497-7062

Ekaterina V. Zadionchenko – Cand. Sci. (Med.), Russian University of Medicine. Email: z777kat@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9295-5178

Anna V. Shalaginova – Dermatovenereologist, Head of dermatovenereology department No.1, Clinic named after V.G. Korolenko. Email Avmk@list.ru; ORCID: 0000-0002-7625-9807

Received: 06.02.2024

Revised: 08.02.2024

Accepted: 08.02.2024