

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

¹Е. А. Сердюкова, ¹В. В. Попов*, ¹О. А. Чернявская, ^{1,2}Н. А. Морозова

¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

²Волгоградский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Волгоград, Россия

Актуальность. ВИЧ-инфекция является хроническим инфекционным заболеванием, передающимся половым путем. С учетом единого пути передачи довольно часто у ВИЧ-инфицированных больных развивается сифилитическая инфекция. При этом сифилис на фоне ВИЧ-инфекции имеет свои клинические особенности. Актуальным является знание этих особенностей врачами различных специальностей.

Описание случая. Представлен клинический случай вторичного сифилиса и раннего нейросифилиса у больного 52 лет с ВИЧ-инфекцией.

Обсуждение. Для пациентов с ВИЧ-инфекцией характерны необычные клинические проявления сифилиса в виде его злокачественного атипичного, тяжелого течения с развитием различных осложнений. В статье описаны нетипичные проявления папулезного сифилида ладоней и подошв. Показана эффективность специфического лечения.

Выводы. Знание врачами клинических особенностей сифилиса на фоне ВИЧ-инфекции позволит избежать диагностических ошибок, приводящих к позднему лечению и развитию осложнений.

Ключевые слова: сифилис вторичный, ВИЧ-инфекция, клиническая картина, нейросифилис

*Контакт: Попов Виктор Викторович, derma_18@mail.ru

SECONDARY RECURRENT SYPHILIS IN A PATIENT WITH HIV INFECTION. CLINICAL CASE

¹E. A. Serdjukova, ¹V. V. Popov*, ¹O. A. Chernyavskaya, ^{1,2}N. A. Morozova

¹Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

²Volgograd Regional Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, Volgograd, Russia

Relevance. HIV infection is a chronic sexually transmitted infectious disease. Given the single route of transmission, quite often HIV-infected patients develop a syphilitic infection. At the same time, syphilis against the background of HIV infection has its own clinical characteristics. It is important for doctors of various specialties to know these features.

Description of the case. A clinical case of secondary syphilis and early neurosyphilis in a 52-year-old patient with HIV infection is presented.

Discussion. Patients with HIV infection are characterized by unusual clinical manifestations of syphilis in the form of its malignancy, atypical, severe course with the development of various complications. In the article, the authors describe atypical manifestations of papular syphilide of the palms and soles. The effectiveness of specific treatment has been shown.

Conclusions. Doctors' knowledge of the clinical features of syphilis against the background of HIV infection will allow them to avoid diagnostic errors leading to late treatment and the development of complications.

Key words: secondary syphilis, HIV infection, clinical picture, neurosyphilis

*Contact: Popov Viktor Viktorovich, derma_18@mail.ru

Для цитирования: Сердюкова Е.А., Попов В.В., Чернявская О.А., Морозова Н.А. Особенности течения сифилиса на фоне ВИЧ-инфекции. Клинический случай // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2024. Т. 16, № 1. С. 86–91, doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2024-16-1-86-91>.

Conflict of interest: the authors stated that there is no potential conflict of interest.

For citation: Serdjukova E.A., Popov V.V., Chernyavskaya O.A., Morozova N.A. Secondary recurrent syphilis in a patient with HIV infection. Clinical case // *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*. 2024. Vol. 16, No. 1. P. 86–91, doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2024-16-1-86-91>.

Актуальность. ВИЧ-инфекция является хроническим инфекционным заболеванием, которое характеризуется неуклонно прогрессирующим течением и при отсутствии лечения может приводить к фатальному исходу [1]. Сходство по эпидемиологическим характеристикам с инфекциями, передающимися половым путем, обуславливает высокий риск сочетанного поражения. При одновременном наличии у пациента ВИЧ-инфекции и сифилиса последний протекает традиционно стадийно, однако отличается стремительным течением с ускоренной сменой периодов и быстрым развитием поражения нервной системы вплоть до паренхиматозных форм [2]. Для лиц с приобретенным иммунодефицитом характерны необычные клинические особенности сифилиса, что проявляется его злокачественным атипичным, агрессивным и тяжелым течением, нередко с развитием различных осложнений [3, 4]. Видоизменяя клиническую картину заболевания, коморбидность приводит к утяжелению состояния пациентов и удлинению диагностического поиска, что в конечном итоге способствует увеличению экономических затрат [2].

На разных стадиях сифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов имеются различные особенности его клинических проявлений. Так, при первичном сифилисе отмечаются более короткие сроки появления клинической симптоматики, частое присоединение вторичной инфекции, формирование язвенного твердого шанкра, порой множественного, с экстрагенитальным расположением, с выраженной болезненностью, что не характерно для классической первичной сифиломы, а также чаще развивается фимоз и парафимоз [4]. При вторичном сифилисе могут наблюдаться: злокачественное, тяжелое течение с полиморфными, атипичными (гиперкератотическими, псориазоформными, напоминающими саркому Капоши) папулами и порой ранее неизвестными сифилидами, развитие на месте папуло-пустулезных сифилидов некротизации, несколько необычные поражения

ладоней и подошв, локализация высыпаний на лице и волосистой части головы, чаще наблюдается лейкодерма и алопеция [4]. В третичном периоде возможно развитие активной его формы после укорочения скрытого периода в течение нескольких месяцев или лет, развитие рецидивов проявлений, отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии, частое поражение глаз [1]. В отечественной научной литературе проблема сочетанной патологии, в частности сифилиса и ВИЧ-инфекции, представлена немногочисленными работами, и поэтому требуется ее дальнейшее изучение [4]. В последние годы увеличивается число случаев совместных наблюдений данных инфекций [5]. В связи с этим нам представляется интересной демонстрация случая с необычными клиническими проявлениями сифилиса у пациента, инфицированного ВИЧ.

Описание случая. Пациент Ч., 52 лет, поступил в кожно-венерологическое отделение ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1» с диагнозом: Сифилис вторичный рецидивный. Субтотальная отслойка сетчатки. Осложненная катаракта. Деструкция стекловидного тела обоих глаз. В20. Из анамнеза: ВИЧ-инфекция выявлена 14 лет назад при обследовании по поводу гетеросексуального полового контакта с ВИЧ-инфицированным лицом. Согласно выписке из амбулаторной карты, предоставленной Волгоградским областным центром по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, диагноз ВИЧ-инфекции был подтвержден методом иммунного блоттинга. В течение 12 лет после выявления ВИЧ-инфицирования не наблюдался, лечение не получал. Поставлен на диспансерный учет 2 года назад, тогда после проведения клинико-лабораторного обследования установлен клинический диагноз: ВИЧ-инфекция стадия 4А, фаза прогрессирования без АРВТ. Лимфаденопатия. Лабораторный иммунодефицит. Лабораторно при постановке на учет иммунный

статус: CD4+ Т-лимфоцитов (CD4) — 217 клеток/мкл, CD8+ Т-лимфоцитов (CD8) — 823 клеток/мкл, CD4/CD8 — 0,12; вирусная нагрузка (ВН ВИЧ) — 8000 копий/мл. Назначена антиретровирусная терапия (АРВТ) по схеме: зидовудин/ламивудин 300/150 мг по 1 таблетке 2 раза в день, эфавиренц — 600 мг по 1 таблетке 1 раз в день. На фоне АРВТ через 1 месяц отмечена положительная динамика лабораторных показателей: CD4 — 264 клеток/мкл, CD8 — 1365 клеток/мкл, CD4/CD8 — 0,19; ВН ВИЧ — 282 копий/мл. Через 10 месяцев от начала АРВТ показатели иммунного статуса: CD4 — 632 клеток/мкл, CD8 — 2000 клеток/мкл, CD4/CD8 — 0,32; ВН ВИЧ — на неопределяемом уровне (менее 200 копий/мл). Однако с этого времени пациент стал принимать препараты нерегулярно, о чем свидетельствовали несвоевременные явки за препаратами, а также результаты лабораторного обследования, согласно которым вновь ухудшились показатели иммунного статуса: CD4 — 332 клеток/мкл, CD8 — 2000 клеток/мкл, CD4/CD8 — 0,17, повысился уровень вирусной нагрузки: ВН ВИЧ достигла 50 000 копий/мл.

Спустя 6 месяцев после начала нерегулярного приема АРВТ ощутил резкое снижение остроты зрения, в связи с чем обратился к офтальмологу по месту жительства. Был выставлен диагноз: Субтотальная отслойка сетчатки и рекомендовано оперативное лечение. При обследовании выявлены положительные серологические реакции крови на сифилис (антитела к *Tr. pallidum*). На этот момент показатели иммунного статуса составляли: CD4 — 329 клеток/мкл, CD8 — 2000 клеток/мкл, CD4/CD8 — 0,16; ВН ВИЧ — 33 320 копий/мл. Направлен в кожно-венерологический диспансер по месту жительства, откуда был направлен на госпитализацию с диагнозом: Сифилис скрытый неведомый? Нейросифилис? Однако в стационар больной последующие 10 месяцев не явился. В этот период продолжал нерегулярный прием препаратов АРВТ, дважды обращался в Центр СПИД, показатели иммунного статуса и вирусная нагрузка оставались приблизительно на прежнем уровне (ВН ВИЧ: 5900 копий/мл — 2700 копий/мл; CD4 — 328 клеток/мкл, CD8 — 1263 клеток/мкл, CD4/CD8 — 0,26). Спустя 10 месяцев с момента выявления сифилитической инфекции все же явился в стационар для лечения.

Результаты физикального обследования на момент госпитализации. *Status localis*: на коже

боковых поверхностей туловища имеется бледно-розовая розеолезная и едва заметная папулезная сыпь. В области ладоней и подошв отмечаются папулезные элементы размером от десятикопеечной монеты с тенденцией к слиянию и формированию бляшек буровато-ветчинного цвета с шелушением на поверхности, отдельные элементы с шелушением по периферии по типу «воротничка Биетта». В перианальной области — гипертрофированные папулы, местами эрозированные. В полости рта на твердом нёбе располагаются эрозивные лентикулярные папулы. Пальпируются паховые, кубитальные лимфатические узлы размером до фасоли-горошины, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями, кожа над узлами не изменена (рис. 1–4).



Рис. 1. Пациент Ч. (до лечения). Папулы в области ладоней
Fig. 1. Patient Ch. (before treatment). Papules in the area of the palms



Рис. 2. Пациент Ч. (до лечения). Эрозивные папулы на твердом нёбе, папулы на языке
Fig. 2. Patient Ch. (before treatment). Erosive papules on the hard palate, papules on the tongue

Данные лабораторных исследований. Общий анализ крови: эритроциты — $3,0 \times 10^{12}/л$; гемоглобин — 125 г/л, лейкоциты — $6,0 \times 10^9/л$, палоч-

костядерные — 1, базофилы — 2, эозинофилы — 2, сегментоядерные — 40, лимфоциты — 45, моноциты — 10, тромбоциты — $376 \times 10^9/\text{л}$; скорость оседания эритроцитов — 34 мм/ч. *Общий анализ мочи*: эпителий — ед. в п/з; белок — 0,17 г/л; лейкоциты — 2–3 в п/з. *Биохимический анализ крови*: АЛТ — 10 ед/л, АСТ — 32,7 ед/л, тимоловая проба — 4,7 ед, глюкоза — 4,6 ммоль/л.



Рис. 3. Пациент Ч. (до лечения). Инфильтрированные бляшки в области стоп

Fig. 3. Patient Ch. (before treatment). Infiltrated plaques in the feet



Рис. 4. Пациент Ч. (до лечения). Бляшки в области подошв с переходом на свод и тыл стопы

Fig. 4. Patient Ch. (before treatment). Plaques in the area of the soles with a transition to the arch and dorsum of the foot

Серологическое исследование крови: ИФА суммарные антитела — положительно, ИФА IgM — положительно, ИФА IgG — положительно, титр — 1/2560, РПГА — «4+» положительно. *Ликворологическое исследование*: ИФА суммарные антитела — положительно; ИФА IgM — отрицательно; ИФА IgG — положительно, РПГА — «4+» положительно. *Общий анализ спинномозговой жидкости*: белок — 0,85 г/л; цитоз — $9 \times 10^9/\text{л}$; реакция Панди — 2; реакция Нонне-Аппельта — 1. Показатели иммунного статуса:

CD4 — 418 клеток/мкл, CD8 — 1478 клеток/мкл, CD4/CD8 — 0,28, ВН ВИЧ — 2800 копий/мл.

Выполнена консультация невролога, выставлен диагноз: Ранний нейросифилис. Консультация окулиста, — диагноз: Субтотальная отслойка сетчатки. Осложненная катаракта. Деструкция стекловидного тела обоих глаз.

На основании вышеизложенного больному установлен диагноз: Вторичный сифилис. Ранний нейросифилис. Субтотальная отслойка сетчатки. Осложненная катаракта. Деструкция стекловидного тела обоих глаз. ВИЧ-инфекция, стадия 4А, фаза прогрессирования на фоне нерегулярного приема АРВТ. Лимфаденопатия. Лабораторный иммунодефицит.

Получал лечение: пенициллин по 1 млн ЕД. через 4 часа 17 дней, затем пенициллин 12 млн ЕД. + натрия хлорид 0,9% — 400 мл внутривенно капельно 14 дней; клоропирамин 1 мл/день 3 дня; реамберин 400 мл внутривенно капельно 2 дня. Лечение переносил хорошо. Схема АРВТ не менялась. Приверженность пациента антиретровирусной терапии удалось повысить. На фоне проводимого лечения явления сифилиса полностью разрешились (рис. 5, 6).



Рис. 5. Пациент Ч. (после лечения). Полное разрешение папулезных элементов в области ладоней

Fig. 5. Patient Ch. (after treatment). Complete resolution of papular elements in the palms area

После окончания лечения по поводу сифилиса, на фоне АРВТ, ВН ВИЧ снизилась до неопределяемого уровня (менее 200 копий/мл), положительно-иммунологического эффекта не отмечено (CD4 — 311 клеток/мкл, CD8 — 1434 клеток/мкл, CD4/CD8 — 0,22).

Обсуждение. Представленный случай, на наш взгляд, интересен наличием у пациента наряду



Рис. 6. Пациент Ч. (после лечения). Разрешение папулезных элементов после лечения

Fig. 6. Patient Ch. (after treatment). Resolution of papular elements after treatment

с типичными сифилидами необычного поражения ладоней и подошв, что, возможно, связано с имеющейся у него ВИЧ-инфекцией. Обращает на себя внимание достаточно быстрое развитие нейросифилиса, довольно прогрессивное течение патологии глаз, которые также можно связать с наличием иммунодефицита, вызванного ВИЧ. Необходимо упомянуть в данном случае о допущенных диагностических и тактических ошибках. Как мы видим, пациент с клиническими проявлениями на коже и слизистых оболочках был направлен на госпитализацию с диагнозом: скрытый сифилис, что свидетельствует о неполном осмотре пациента при обращении к дерматологу. Отсутствие преемственности между амбулаторным и стационарным звеном дер-

матовенерологической помощи, — пациент явился на лечение только через 10 месяцев с момента его направления. Нетипичные клинические проявления сифилиса на фоне ВИЧ-инфекции, а также отдельные тактические ошибки в данном случае привели к поздней диагностике и позднему началу лечения пациента. Низкая приверженность больного антиретровирусной терапии препятствовала достижению устойчивого вирусологического и иммунологического эффекта, в результате сохранялся лабораторный иммунодефицит, который, вероятно, способствовал более быстрому прогрессированию сифилитической инфекции.

На основании приведенного клинического случая можно сделать следующие **выводы**.

1. На фоне ВИЧ-инфекции сифилис может иметь атипичные проявления, которые приводят к трудностям диагностики заболевания.

2. У пациентов с ко-инфекцией отмечается патология различных органов и систем, что требует междисциплинарного подхода.

3. Знание врачами особенностей течения сифилиса на фоне ВИЧ-инфекции позволит своевременно заподозрить данное заболевание, избежать развития более тяжелых осложнений и повысить эффективность терапии вследствие раннего начала лечения.

4. Повышение приверженности антиретровирусной терапии благоприятно сказывается на результатах лечения ВИЧ-инфекции, — приводит к подавлению репликации ВИЧ, предотвращает усугубление иммунодефицита, что, в свою очередь, может способствовать более благоприятному течению и более эффективному лечению сифилитической инфекции.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Глебова Л.И., Стоянова Г.Н., Кулешов А.Н., Левощенко Е.П., Спичина Е.Г. Особенности клинического течения сифилиса и саркомы Капоши у больных с ВИЧ-инфекцией // *Consilium Medicum*. 2014. № 2. С. 22–23. [Glebova L.I., Stoyanova G.N., Kuleshov A.N., Levoshchenko E.P., Spitsina E.G. Features of the clinical course of syphilis and Kaposi's sarcoma in patients with HIV infection. *Consilium Medicum*, 2014, No. 2, pp. 22–23 (In Russ.).]
2. Чирская М.А., Ястребова Е.Б., Красносельских Т.В., Виноградова Т.Н., Манашева Е.Б., Дунаева Н.В. Социально-демографические и клинико-эпидемиологические характеристики мужчин с ВИЧ-инфекцией и сифилисом в Санкт-Петербурге // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2022. Т. 14, № 1. С. 70–77. [Chirskaya M.A., Yastrebova E.B., Krasnoselskikh T.V., Vinogradova T.N., Manasheva E.B., Dunaeva N.V. Sociodemographic, clinical and epidemiological characteristics of the men with HIV infection and syphilis in St. Petersburg. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2022, Vol. 14, No. 1, pp. 70–77 (In Russ.). doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2022-14-1-70-77>.]
3. Красносельских Т.В., Манашева Е.Б., Гезей М.А. Коморбидность сифилиса и ВИЧ-инфекции: отрицательный эпидемиологический и клинический синергизм // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2018. Т. 10, № 3. С. 7–16. [Krasnoselskikh T.V., Manasheva E.B., Gezei M.A. Syphilis and HIV comorbidity: negative clinical and epidemiologic synergy. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2018, Vol. 10, No. 3, pp. 7–16 (In Russ.). doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2018-10-3-7-16>.]

4. Орлова И.А., Коробко А.В., Смирнова Н.В., Дудко В.Ю., Смирнова И.О., Смирнова Т.С., Литвиненко И.В., Пирятинская А.Б., Севашевич А.В., Гайворонская О.В., Иванов А.М. Есть ли клинические особенности проявлений сифилиса у пациентов с ВИЧ-инфекцией? // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2015. Т. 7, № 3. С. 97–104. [Orlova I.A., Korobko A.V., Smirnova N.V., Dudko V.Yu., Smirnova I.O., Smirnova T.S., Litvinenko I.V., Piriatsinskaya A.B., Sevashevich A.V., Gaivoronskaya O.V., Ivanov A.M. Are there special features of the clinical manifestations of syphilis in HIV patient? *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2015, Vol. 7, No. 3, pp. 97–104 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2015-7-3-97-104>.
5. Хрянин А.А., Шпик Т.А., Русских М.В., Сухарев Ф.А., Маринкин И.О. Медико-социальные особенности пациентов с ВИЧ-инфекцией в сочетании с сифилисом // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*, 2020. Т. 12, № 3. С. 87–94. [Khryanin A.A., Spxh T.A., Russkikh M.V., Sukharev F.A., Marinkin I.O. Medical and social features of patients with HIV-infection in combination with syphilis. *HIV infection and Immunosuppressive Disorders*, 2020, Vol. 12, No. 3, pp. 87–94 (In Russ.)]. <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-87-94>.

Поступила в редакцию / Received by the Editor: 05.10.2022 г.

Авторство: Вклад в концепцию и план исследования — Е. А. Сердюкова. Вклад в сбор данных — В. В. Попов, Н. А. Морозова. Вклад в анализ данных и выводы — Е. А. Сердюкова, О. А. Чернявская. Вклад в подготовку рукописи — В. В. Попов.

Сведения об авторах:

Сердюкова Елена Анатольевна — доцент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 400131, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1; e-mail: eas171@yandex.ru;

Попов Виктор Викторович — ассистент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 400131, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1; e-mail: derma_18@mail.ru;

Чернявская Ольга Александровна — кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заместитель директора Института общественного здоровья им. Н. П. Григоренко; 400131, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1; e-mail: chernyavolga@yandex.ru;

Морозова Наталья Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заведующий амбулаторно-поликлиническим отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»; 400131, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1; e-mail: morozova0375@mail.ru.