

УДК 616.974

<http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-87-94>

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С СИФИЛИСОМ

© ^{1,2}А. А. Хрянин*, ¹Т. А. Шпикс, ¹М. В. Русских, ¹Ф. А. Сухарев, ¹И. О. Маринкин¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», г. Новосибирск, Россия²РОО «Ассоциация акушеров-гинекологов и дерматовенерологов», г. Новосибирск, Россия

Цель: провести анализ заболеваемости различными формами сифилиса в Новосибирске за период с 2014 по 2018 г., а также изучить медико-социальные особенности пациентов с сифилисом и ВИЧ-инфекцией и установить основной путь заражения.

Материалы и методы. С целью изучения структуры заболеваемости сифилиса в Новосибирском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере (ГБУЗ НСО «НОККВД») был проведен ретроспективный анализ 2175 историй болезни пациентов, получавших стационарное лечение в период с 2014 по 2018 г.

Результаты и их обсуждение. ВИЧ-инфекцией страдают 3,4% пациентов, получающих стационарное лечение по поводу сифилиса. При этом у 21,3% обследованных была впервые выявлена ВИЧ-инфекция. Половина пациентов относится к социально-неблагополучному населению, характеризуются рискованным сексуальным поведением. Представлен медико-социальный и психологический портрет пациентов с ВИЧ-инфекцией в сочетании с сифилисом. Полученные результаты могут быть использованы для создания эффективных программ профилактики и терапии указанных заболеваний.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, сифилис, анализ эпидемиологической ситуации, психологический портрет, профилактика

Контакт: Хрянин Алексей Алексеевич, khryanin@mail.ru

MEDICAL AND SOCIAL FEATURES OF PATIENTS WITH SYPHILIS AND HIV-CO-INFECTION

© ^{1,2}Aleksey A. Khryanin*, ¹Tatyana A. Spyx, ¹Maria V. Russkikh, ¹Filipp A. Sukharev, ¹Igor O. Marinkin¹Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia²Association of Obstetricians-Gynecologists and Dermatovenerologists, Novosibirsk, Russia

Aim: to conduct analysis of morbidity with different forms of syphilis in Novosibirsk for the period from 2014 to 2018 and to study medical and social features of patients with syphilis and HIV-infection and to identify the main way of infection.

Materials and methods. In order to study the structure of syphilis morbidity in Novosibirsk Clinical Regional Dermatovenerologic Dispensary (SBHI NR NCRDD), the retrospective study of 2175 case histories of patients who had being hospitalized during the period of 2014 to 2018 was conducted.

Results and discussions. 3.4% of patients being hospitalized suffer from syphilis. Herewith, newly diagnosed HIV-infection was found in 21.3% of patients. Half the patients are of socially disadvantaged backgrounds characterized by risky sexual behavior. Authors presented medical and social, and psychological profile of patients with syphilis and HIV-coinfection. Obtained results may be used for developing effective programs of prophylaxis and treatment of specified diseases.

Key words: HIV-infection, syphilis, analysis of epidemiological situation, psychological profile, prophylaxis.

Contact: Khryanin Aleksey Alekseevich, khryanin@mail.ru

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Хрянин А.А., Шпикс 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. № 3. С. 87–94, <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-87-94>.

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

For citation: Khryanin AA, Spyx TA, Russkikh M.V., Sukharev FA, Marinkin I.O. Medical and social features of patients with HIV-infection in combination with syphilis // *HIV infection and Immunosuppressive Disorders*. 2020. No. 3. P. 87–94, <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-87-94>.

Введение. Пиком эпидемии сифилиса в Российской Федерации считаются 90-е годы прошлого столетия, когда регистрировалась наибольшая заболеваемость. Несмотря на то, что это время давно миновало, сифилис остается на лидирующих позициях [1, 2]. По данным официальной статистики (на 1 ноября 2019 г.) общее количество ВИЧ-инфицированных в России составило 1,4 млн человек, при этом Новосибирская область входит в десятку наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией субъектов РФ¹.

Сифилис и ВИЧ-инфекцию объединяет сходный эпидемиологический процесс, а также пути и условия передачи, что способствует заражению в группах повышенного риска. При сифилисе вероятность передачи ВИЧ-инфекции повышается в 2–9 раз, кроме того, риск заражения ВИЧ увеличивается в 2–4 раза [3, 4]. Современные методы лечения ВИЧ-инфекции позволяют добиться улучшения иммунологического статуса и, как следствие, снижения негативного влияния ВИЧ-инфекции на течение и осложнения при сифилисе [5]. Однако недостаточная приверженность к лечению среди ВИЧ-инфицированных способствует росту заболеваемости среди данных инфекций [6].

Изучение данной проблемы остается актуальным в силу увеличивающегося числа сочетания случаев сифилиса с ВИЧ-инфекцией.

Цель: провести анализ заболеваемости различными формами сифилиса в Новосибирске за период с 2014 по 2018 г., а также изучить медико-социальные особенности пациентов с сифилисом и ВИЧ-инфекцией и установить основной путь заражения.

Материалы и методы. С целью изучения структуры заболеваемости сифилиса в Новосибирском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере (ГБУЗ НСО «НОККВД») проведен ретроспективный анализ 2175 историй болезни пациентов, получавших стационарное лечение в период с 2014 по 2018 г.

Для оценки медико-социальных особенностей больных сифилисом и сопутствующей ВИЧ-инфекцией были отобраны все истории болезни за пятилетний период (75 историй болезни). Эти истории болезни проанализированы в ГБУЗ НСО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Для изучения анализа эпидемиологической ситуации по заболеваемости различными формами

сифилиса в Новосибирске за период с 2013 по 2018 г. были использованы данные статистических отчетных форм (№ 9 «Отчет о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой», № 34 «Сведения о больных с заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой»).

Для статистической обработки полученных результатов использовался пакет статистических программ SPSS 25.0. Также использовались методы описательной и аналитической статистики.

Для реконструкции особенностей личности пациента использовался психологический метод «анализа продуктов деятельности», то есть воссоздание качеств личности через анализ поведения пациента, его отношения к болезни, к лечению, к самому себе как носителю заболевания и потенциальному источнику заражения окружающих.

Результаты и их обсуждение. По данным официальной статистики, за период с 2014 по 2018 г. заболеваемость всеми формами сифилиса в г. Новосибирске снизилась на 19%. Так, в 2014 г. заболеваемость сифилисом составила 19,5 случаев на 100 тыс. населения, аналогичный показатель в 2018 г. — 15,8 на 100 тыс. населения (рис. 1). Эти данные соответствуют средним показателям и тенденции к снижению заболеваемости в целом по Российской Федерации.

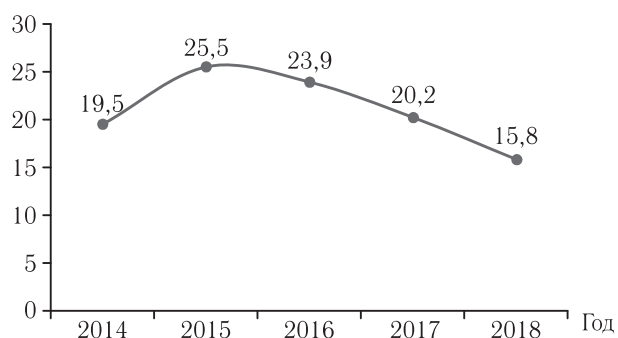


Рис. 1. Заболеваемость сифилисом в Новосибирске (2014–2018 гг.), на 100 тыс. населения

Fig. 1. The incidence of syphilis in Novosibirsk (2014–2018), per 100 thousand population

Вопрос контроля заболеваемости сифилисом остается актуальным и приобретает новую значимость в силу увеличивающегося числа случаев сочетания с ВИЧ-инфекцией.

Всего в стационаре венерологического отделения ГБУЗ НСО «НОККВД» в период с 2014 по 2018 г.

¹ Электронный ресурс, https://rosпотребнадзор.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=11277.

получили лечение 2632 пациента, из них 2175 человек по поводу сифилиса.

Удельный вес пациентов с ВИЧ-инфекцией, получивших стационарное лечение в ГБУЗ НСО «НОККВД» по поводу сифилиса, за пятилетний период составил в среднем 3,4% (75 человек) (табл. 1). Данный показатель соответствует общероссийским показателям распространенности сифилиса среди ВИЧ-инфицированных (в 2015 г. он составил 3,7%)¹. Впервые выявленная ВИЧ-инфекция у пациентов, находившихся под наблюдением в стационаре, была у 16 человек (21,3% пациентов). Аналогичная ситуация отмечалась в эпидемиологическом исследовании, которое было проведено во Флоренции (Италия) среди пациентов с приобретенным сифилисом. По данным С. V. Martinelli и соавт. было установлено, что 33% ВИЧ-инфицированных не знали о своем положительном статусе и впервые узнали об этом только при постановке диагноза «сифилис» [7].

В структуре заболеваемости среди пациентов с сифилисом и ВИЧ-инфекцией за пятилетний период около четверти случаев приходилась на ранние манифестные формы — первичный и вторичный сифилис (24%) (рис. 2). Высокий

и использование АРВТ, снижает негативное влияние ВИЧ-инфекции на течение и осложнения сифилиса [5]. Однако некоторые авторы отмечают, что в небольшом проценте случаев сифилис при ВИЧ-инфекции может иметь свои клинические особенности. Так, при выраженном иммунодефиците сифилис может отличаться быстрой прогрессией клинических симптомов, а также иметь злокачественное течение [8, 9].

На момент поступления в стационар всем исследуемым проводились стандартные серологические тесты ИФА к САТ, РПГА, РМП, ЭМДС (иммуноферментный анализ, реакция пассивной гемагглютинации, реакция микропреципитации, экспресс метод диагностики сифилиса), которые не имели существенных различий между ВИЧ-инфицированными пациентами и ВИЧ-негативными.

Обследование иммунного статуса на определение вирусной нагрузки, лимфоцитов, CD4+ и CD8+ у данных пациентов не проводилось, так как на сегодняшний день это не входит в стандарт обследования дерматовенерологических пациентов.

Доля женщин с сочетанной инфекцией (сифилис и ВИЧ-инфекция) была несколько выше, чем мужчин (55 и 45% соответственно) (табл. 2).

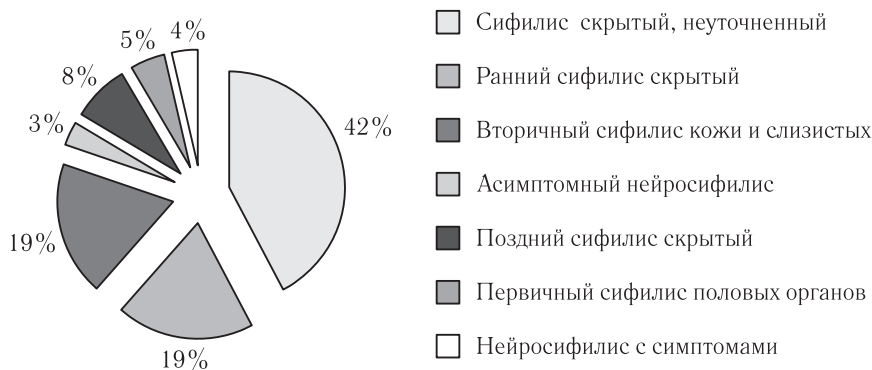


Рис. 2. Структура распределения сифилиса среди больных с коинфекцией в 2014–2018 гг. в венерологическом отделении ГБУЗ НСО «НОККВД»

Fig. 2. Structure of spread of syphilis among patients with co-infection during the period of 2014 to 2018 in venereologic department of SBHI NR NCRDD

показатель манифестных форм в структуре заболеваемости среди обследуемых возможно свидетельствует в пользу ВИЧ-индуцированной иммуносупрессии у данной группы пациентов, что влияет на манифестацию и течение сифилиса.

В ходе изучения клинических особенностей первичного и вторичного сифилиса было установлено типичное течение сифилиса на фоне ВИЧ-инфекции. По мнению ряда авторов, широкое внедрение

Возрастная структура больных с сифилисом и ВИЧ-инфекцией свидетельствует о стабильно высокой заболеваемости среди лиц репродуктивного возраста. Так, заболеваемость в возрасте 20–29 лет составила 39%, а у пациентов 30–39 лет — 37% соответственно (табл. 3).

В ходе данного исследования было установлено сочетание сифилиса и ВИЧ-инфекции с другими инфекциями. Более трети госпитализированных

¹ Электронный ресурс, URL: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika#h6-dermatovenerologicheskaya-sluzhba>.

Таблица 2
Распределение пациентов с коинфекцией сифилиса и ВИЧ по полу

Table 2
Gender distribution of patients with syphilis and HIV co-infection

Год	Пациенты с коинфекцией сифилиса и ВИЧ	
	мужчины, абс. число (%)	женщины, абс. число (%)
2018	11 (61,1)	7 (38,9)
2017	5 (38,5)	8 (61,5)
2016	6 (35,3)	11 (64,7)
2015	7 (50)	7 (50)
2014	5 (38,5)	8 (61,5)
Итого	34 (45)	41 (55)

пациентов (36%) были инфицированы вирусом гепатита С в 28%, вирусом гепатита В — 7,6%, сочетанием вирусов гепатита В и С — 0,4%.

Таблица 3
Распределение пациентов с коинфекцией сифилиса и ВИЧ по полу и возрасту

Table 3
Distribution of patients with syphilis and HIV co-infection by gender and age

Возрастные группы	Пациенты с коинфекцией сифилиса и ВИЧ	
	мужчины, абс. число (%)	женщины, абс. число (%)
0–14 лет	0	0
15–17 лет	0	0
18–19 лет	0	0
20–29 лет	5 (17,2)	24 (82,8)
30–39 лет	17 (60,7)	11 (39,3)
Старше 40 лет	12 (66,7)	6 (33,3)
Всего	34	41

Все обследуемые вели активную половую жизнь: средний возраст начала половой жизни как у мужчин, так и у женщин составил 16 лет. Однако женщины в 1,5 раза чаще указывали на раннее начало половой жизни (до 16 лет). Одним из не менее важных факторов являлось наличие официальных семейных отношений. Бесспорно, данный факт влияет на рост как полового пути передачи инфекции, так и увеличения вероятности заражения супруга. Среди всех обследуемых 10,6% состояли в официальном браке, 16% находились в гражданском браке, при этом ровно половина пациенток, находящихся в официальных отношениях, имели случайные половые связи.

Число половых партнеров за всю жизнь достигало от одного до полутысячи, среднее же количество

составило 16 человек, а за последний год — 2 человека. Следует отметить, что 2,7% обследуемых имели гомосексуальные контакты.

По данным Новосибирского центра СПИД, основным путем заражения ВИЧ-инфекцией среди обследуемых пациентов был половой путь — 64% (рис. 3). Эти данные подтверждают общероссийскую тенденцию, которая характеризуется сменой основного пути передачи с инъекционного на половой. Так, за шесть лет в России удельный вес полового пути передачи ВИЧ среди вновь выявленных случаев возрос на более чем на 10% и составил 57% в 2018 г., что составляет больше половины всех случаев. Аналогичный показатель в 2013 г. составлял лишь 43%¹.

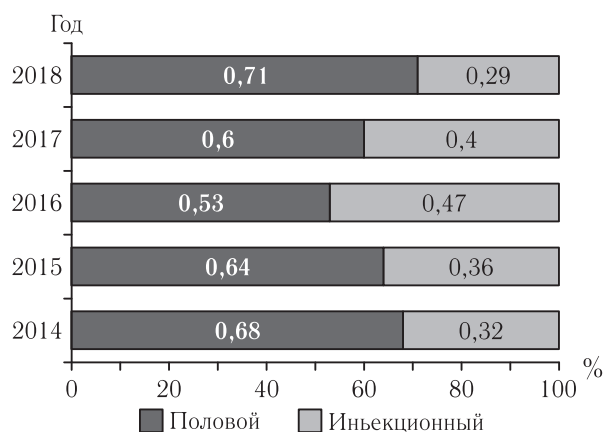


Рис. 3. Путь заражения ВИЧ-инфекцией среди пациентов с сифилисом в г. Новосибирске (2014–2018 гг.) по данным центра СПИД

Fig. 3. The Path of HIV infection among patients with syphilis in Novosibirsk (2014–2018) according to the AIDS center

Среди обследованных 29% употребляли наркотические вещества, при этом более половины (55%) из них использовали инъекционные наркотики, в частности героин. Около трети пациентов (32%) имели судимости в прошлом, а у более половины (58%) из них установлен инъекционный путь заражения ВИЧ-инфекцией. Как известно, употребление инъекционных наркотиков повышает риск развития коинфекции ВИЧ и сифилиса в 8,5 раз [10]. По данным систематического обзора исследований территория Сибирского федерального округа характеризуется неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, связанной со значительным уровнем распространенности наркомании, превышающей среднероссийский показатель на 28,1%. Новосибирская область входит в тройку лидеров по распространенности инъекционной

¹ Электронный ресурс, URL: <https://spid-vich-zppp.ru/statistika/epidemiya-vich-spida-v-rossii-2017.html>.

наркомании в сочетании с ВИЧ-инфекцией в Сибирском федеральном округе [11].

При анализе территориальной принадлежности госпитализированных пациентов было установлено, что большинство (72%) из них являлись жителями города Новосибирска, а остальные (28%) были жителями Новосибирской области. Следует отметить, что, несмотря на статус городского жителя и наличия высшего (9,3%) или средне-специального образования (53,3%), более половины пациентов оставались безработными (68%).

Лечение ВИЧ-инфицированных пациентов с сифилисом в стационаре проводилось по тем же схемам, что и неинфицированных.

Клинический случай. В качестве примера представляем клинический случай вторичного сифилиса у ВИЧ-инфицированного пациента. В декабре 2016 г. пациент Б., 31 года обратился к инфекционисту в поликлинику по месту жительства с жалобами на высыпания на коже туловища. Инфекционистом были выявлены положительные серологические реакции на сифилис, в связи с чем больной был направлен на дополнительное обследование к венерологу, а затем и в стационар ГБУЗ НСО «НОККВД» для получения лечения.

Из анамнеза: родился в Новосибирской области, проживает в г. Новосибирске, образование среднее. Работает кондуктором. Курит с 7 лет, по 10–15 сигарет в день. Злоупотребляет алкогольными напитками. Употребление наркотических средств отрицал так же, как и наличие венерических заболеваний.

Семейно-половой анамнез: половую жизнь начал с 15 лет, точное количество имевшихся половых партнеров пациент не помнит (около 25–30), за последний год — 5. Пациент признается, что практикует случайные половые связи, незащищенные гомосексуальные половые контакты. В браке не состоит, детей не имеет.

Данные лабораторных исследований от 12.01.2017: ИФА САТ к Тг. pallidum — положительно, IgM-положительно, IgG — положительно, ЭМДС — положительно, 4 (+) 1:32, иммуноблот — положительный (от 26.11.14).

С учетом клинико-лабораторных данных в стационаре выставлен диагноз: «А51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек».

Было проведено медикаментозное лечение согласно клиническим рекомендациям. После проведенного противосифилитического лечения пациента выписали для дальнейшего прохождения клинико-серологического контроля у дерматовенеро-

лога по месту жительства. Однако с этого момента больной ускользает (фактически скрывается) из поля зрения специалистов: меняет прежнее место жительства и номер телефона.

Пациент Б. категорически отрицал наличие венерических заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекцию, хотя был болен более 2 лет.

По данным центра СПИД впервые диагноз «ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4А (онихомикоз), фаза прогрессирования» был поставлен пациенту Б. в 26.05.2015.

Данные эпидемиологического расследования указывают, что наиболее вероятный путь заражения ВИЧ-инфекцией у данного пациента — половой. При этом с момента постановки диагноза пациент Б. ни разу не обращался в центр СПИД. Известно, что пациент Б. не получал лечения по поводу ВИЧ-инфекции, так как не являлся в назначенный день за получением АРВТ, и на протяжении всего этого времени вел активную половую жизнь, имел многочисленные незащищенные контакты, подвергая высокому риску инфицирования половых партнеров. Данного пациента можно считать типичным представителем ядерной субпопуляции. Данная субпопуляция характеризуется стабильно высоким уровнем ИППП/ВИЧ как внутри группы, так и за ее пределами с учетом большого количества половых партнеров [12].

Повторное однократное обращение пациента Б. в СПИД центр зафиксировано лишь в 2019 г., спустя 4 года после постановки диагноза. По данным осмотра ему выставлен диагноз: «ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4А, фаза прогрессирования. Орофарингеальный кандидоз, ремиссия».

В дальнейшем пациент Б. вышел из поля зрения специалистов дерматовенерологической и инфекционной службы.

Учитывая вышеизложенное, данный клинический случай представляет особый интерес, демонстрируя, что организация диспансерного наблюдения и динамического слежения за пациентом с ВИЧ-инфекцией не имеет значительной силы в отсутствие желания самого пациента явиться, обследоваться и получить лечение. В тот период, когда в структуре заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), превалировали излечимые бактериальные инфекции, не вызывала сомнений эффективность диспансерного метода профилактики, который заслуженно считается достижением советской системы здравоохранения и до сих пор преобладает в практике работы

учреждений венерологического профиля [12]. Однако успешная реализация диспансерного подхода была возможна лишь в условиях отсутствия альтернативы кожно-венерологическим диспансерам как источникам оказания помощи больным и наличия строгих санкций за уклонение от обследования и лечения, которые были закреплены законодательно. Кроме того, рост заболеваемости неизлечимыми вирусными инфекциями, в первую очередь ВИЧ-инфекцией, выдвинул на повестку дня первоочередной задачу предупреждения инфицирования, т.е. первичной профилактики.

Первичная профилактика предполагает изменение поведения, приводящего к инфицированию. Целью консультирования является не только информирование об ИППП и рискованном поведении, но и формирование мотивации к снижению рисков, выработка навыков предохранительного поведения, уменьшение негативного влияния социума. Необходимо изменить подход к информированию таких пациентов с запугивающего на научно обоснованный, где рискованное сексуальное поведение, употребление наркотических веществ и т.п. не является ценностью [12].

С одной стороны, это говорит о необходимости усиления психологической поддержки, но с другой — необходим принципиальный и строгий контроль данной группы пациентов. Игнорирование мер безопасности, несмотря на осознание пациентом того, что он является источником инфекции, ведет к неуклонному распространению ВИЧ-инфекции и других ИППП среди здорового населения, в это же время отсутствие полноценной взаимосвязи между дерматовенерологической и инфекционной службой только усугубляет ситуацию.

Но очевидным является факт, что необходимость коррекции рискованного поведения — междисциплинарная проблема, которая является предметом изучения не только медицины, но и психологии, социологии, педагогики и других наук, и потому проблема первичной профилактики ИППП не может быть решена усилиями только медицинских работников [12].

Поведение пациента в описанном клиническом случае в контексте его отношения к болезни, к обследованию и лечению является достаточно распространенным для этой группы пациентов. На актуальность проблемы и недостаточную приверженность ВИЧ-инфицированных пациентов лечению и наблюдению у инфекциониста, необходимость развития мотивации к обращению к специа-

листам указывают ряд исследователей [6, 13]. В связи с этим мы находим актуальным составление психологического портрета такого пациента, с применением психологического метода «анализа продуктов деятельности». Этот психологический портрет может быть использован врачами и клиническими психологами медицинских учреждений в качестве мишени для медико-психологического воздействия на указанных пациентов. К сожалению, сами пациенты, как правило, не осознают необходимости лечения заболеваний, но когда острота симптомов все-таки заставляет их обратиться за медицинской помощью, знание психологических особенностей позволит специалисту убедить их в необходимости лечения, используя эффективные техники убеждения и внушения. Указанные пациенты характеризуются наличием слабого, недостаточно сформированного суперэго, отсутствием четких моральных принципов, недостаточно развитой эмпатией, отсутствием умения почувствовать и принять переживания и потребности окружающих. Для них типичен гедонистический подход в жизни, желание получать немедленное удовольствие, не задумываясь о последствиях своих поступков, наблюдаются недостаточная рефлексия, отсутствие страха наказания, неразвита способность к анализу своих действий. Описанные черты влекут за собой поведение, в котором преобладает импульсивность, непоследовательность, безответственность. Описанные особенности личности объясняют причину того, что пациенты не следят за своим здоровьем, избегают встреч со специалистами, не думают о вреде, который они приносят окружающим, иногда очень близким людям. Однако у этой группы пациентов есть черты, которые позволяют на них влиять. К ним можно отнести: отсутствие четких жизненных целей, недостаток знаний в ряде областей, в том числе в медицине, отсутствие твердого четкого представления о самом себе. Эти черты делают пациентов внушаемыми, чем может воспользоваться специалист, к которому пациент обращается в случае обострения заболевания. Этим специалистом может быть участковый терапевт, дерматолог, инфекционист или клинический психолог. Задача специалиста будет состоять в том, чтобы, используя свой авторитет, знания, наконец, харизму, применяя техники внушения, логические доводы, убедить пациента осознать серьезность своего заболевания и необходимость длительной совместной работы с врачом и психологом, чтобы

построить жизненные цели, ведущие к здоровой, наполненной гармонией и смыслом жизни.

Заключение. Эпидемиологическая ситуация по сифилису в г. Новосибирске остается нестабильной на фоне общей тенденции к снижению заболеваемости.

Проведенное исследование в Новосибирске в период с 2014 по 2018 г. указывает, что ВИЧ были инфицированы 3,4% пациентов, получавших стационарное лечение по поводу сифилиса, а у четверти из них была впервые выявлена ВИЧ-инфекция. Половина пациентов относилась к социально-неблагополучному населению, для них было характерно рискованное сексуальное поведение. Кроме того, сочетание судимости и опыта употребления инъекционных наркотиков свойственно для большей части пациентов с коинфекцией сифилиса и ВИЧ-инфекции.

В связи с тем, что пациенты с ВИЧ-инфекцией продолжают выпадать из поля зрения специалистов, остается крайне актуальным вопрос улучшения взаимосвязи между структурными подразделениями дерматовенерологической и инфекционной службами, а также врачами других специальностей. Именно поэтому крайне важны проведение всем пациентам с подозрением или наличием ИППП обследования на ВИЧ-инфекцию (по клиническим показаниям, код обследования — 113), а также консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию. Необходимо на законодательном уровне закрепить ответственность пациентов

с ВИЧ-инфекцией за сохранение своего и общественного здоровья, путем обязательного пожизненного приема антиретровирусной терапии с момента выявления ВИЧ-инфекции, оказывая им при этом социальную поддержку.

На сегодняшний день Министерством здравоохранения Новосибирской области принят приказ, целью которого является увеличение охвата населения обследованием на ВИЧ-инфекцию в государственных медицинских организациях города Новосибирска. Согласно данному приказу активизируется работа первичного звена по охвату населения тестированием на ВИЧ-инфекцию, также будет организовано проведение обследования всех пациентов, поступающих в стационар, на ВИЧ, при отсутствии документального подтверждения в течение года. Несомненно, данные меры должны повысить выявляемость ВИЧ-инфекции среди населения¹.

Важно не только совершенствовать меры по своевременному выявлению и наблюдению пациентов с ВИЧ-инфекцией и другими ИППП, но и решать первостепенный вопрос первичной профилактики, с поправкой на то, что на фоне глубоких политических и социально-экономических изменений, произошедших в России за последние десятилетия, традиционный, привычный подход к профилактике утратил результативность.

Таким образом, полученные результаты могут быть использованы для создания эффективных программ профилактики и терапии указанных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2006–2016 гг. // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2017. № 5. С. 16–25. [Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melekhina L.E. Syphilis incidence in the Russian Federation for the period 2006–2016. *Bulletin of Dermatology and Venereology*, 2017, No. 5, pp. 16–25 (In Russ.)]. doi: 10.25208/0042-4609-2017-93-5-16-25.
2. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2010–2014 гг. // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015. № 5. С. 15–23. [Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melekhina L.E., Bogdanova E.V. Syphilis incidence in the Russian Federation for the period 2010–2014. *Bulletin of Dermatology and Venereology*, 2015, No. 5, pp. 15–23 (In Russ.)]. doi: 10.25208/0042-4609-2015-0-5-15-23.
3. Wang X., Lan G., Shen Z., Vermund S.H., Zhu Q., Chen Y., Khoshnood K., Wu Z., Tang Z. HIV and syphilis prevalence trends among men who have sex with men in Guangxi, China: yearly cross-sectional surveys, 2008–2012 // *BMC Infectious Diseases*. 2014. No. 14. P. 367.
4. Chesson H.W., Pinkerton S.D., Voigt R., Counts G.W. HIV infections and associated costs attributable to syphilis co-infection among African Americans // *Am. J. Public Health*. 2013. Vol. 93, No. 6. P. 943–948.
5. Ghanem K.G., Moore R.D., Rompalo A.M., Erbelding E.J., Zenilman J.M., Gebo K.A. Neurosyphilis in a clinical cohort of HIV-1-infected patients // *AIDS*. 2008. Vol. 22, No. 10. P. 1145–1151.

¹ Электронный ресурс, URL: http://gikb1.mznsn.ru/media/cms_page_media/4009/prikaz-ot-28.12.2017-3555-obyomyi-byudzhnet-2018_1.pdf.

6. Чумаков Е.М., Петрова Н.Н., Рассохин В.В. Психические расстройства и их влияние на приверженность у ВИЧ-инфицированных пациентов с ранним сифилисом // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2018. Т. 10, № 2. С. 69–80. [Chumakov E.M., Petrova N.N., Rassokhin V.V. Mental disorders and their impact on adherence in HIV-infected patients with early syphilis. *HIV infection and immunosuppression*, 2018, Vol. 10, No. 2, pp. 69–80 (In Russ.)]. doi: 10.22328/2077-9828-2018-10-2-69-80.
7. Martinelli C.V., Tognetti L., Colao G., Syphilis with HIV in Florence, 2003–2009: a 7-year epidemiological study // *Epidemiol. Infect.* 2012. Vol. 140, No. 1. P. 168–171.
8. 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. Comorbidity of syphilis and HIV infection: negative epidemiological and clinical synergism. *HIV infection and immunosuppression*, 2018, Vol. 10, No. 3, pp. 7–16 (In Russ.)]. doi: 10.22328/2077-9828-2018-10-3-7-16.
9. Козенко Л.И., Лин В.Н., Кириуцов А.М. Выявление ВИЧ-инфекции у больных сифилисом // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2004. № 4. С. 56. [Kozenko L.I., Lin V.N., Kiriutsov A.M. Identification of HIV infection in patients with syphilis. *Bulletin of Dermatology and Venereology*, 2004, No. 4, pp. 56 (In Russ.)].
10. Коробко А.В., Орлова И.А., 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. Сифилис у пациентов с ВИЧ-инфекцией — значение медико-социальных факторов в развитии сочетанной инфекции // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2014. Т. 6, № 4. С. 57–63. [Korobko A.V., Orlova I.A., Smirnova N.V., Dudko V.Yu., Smirnova I.O., Smirnova T.S., Litvinenko I.V., Pyriatinskaya A.B., Sevashevich A.V., Gaivoronskaya O.V., Ivanov A.M. Syphilis in patients with HIV infection — the importance of medical and social factors in the development of co-infection. *HIV infection and immunosuppression*, 2014, Vol. 6, No. 4, pp. 57–63 (In Russ.)]. doi: 10.22328/2077-9828-2014-6-4-57-63.
11. Стасенко В.Л., Пиценко Н.Д., Пасечник О.А., Блох А.И. Распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Сибирском регионе // *Современные проблемы науки и образования*. 2017. № 1. С. 8. [Stasenko V.L., Pitsenko N.D., Pasechnik O.A., Blokh A.I. Prevalence of HIV infection among injecting drug users in the Siberian region. *Modern problems of science and education*, 2017, No. 1, p. 8. (In Russ.)].
12. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Стратегии и методологические основы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в субпопуляциях повышенного поведенческого риска заражения // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2016. № 1. С. 21–31. [Krasnoselskikh T.V., Sokolovsky E.V. Strategies and methodological bases for the prevention of sexually transmitted infections in subpopulations of increased behavioral risk of infection. *Bulletin of Dermatology and Venereology*, 2016, No. 1, pp. 21–31 (In Russ.)]. doi: 10.25208/0042-4609-2016-0-1-21-31.
13. Мусатов В.Б., Яковлев А.А., Чайка Н.А., Келли Д., Амirkhanyan Ю.А. Основные причины и современные методы коррекции низкой приверженности к антиретровирусной терапии у трудных пациентов // *I*. 2018. Т. 10, № 4. С. 37–56. [Musatov V.B., Yakovlev A.A., Chaika N.A., Kelly D., Amirkhanyan Yu.A. The main reasons and modern methods for correcting low adherence to antiretroviral therapy in difficult patients. *HIV infection and immunosuppression*, 2018, Vol. 10, No. 4, pp. 37–56 (In Russ.)]. doi: 10.22328/2077-9828-2018-10-4-37-56.

Поступила в редакцию/Received by the Editor: 07.04.2020 г.

Авторство:

Вклад в концепцию и план исследования — Хрянин А.А., Маринкин И.О. Вклад в сбор данных — Русских М.В., Сухарев Ф.А. Вклад в анализ данных и выводы — Хрянин А.А., Шпикс Т.А., Русских М.В., Сухарев Ф.А., Маринкин И.О. Вклад в подготовку рукописи — Хрянин А.А., Русских М.В.

Сведения об авторах:

Хрянин Алексей Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; вице-президент Региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов и дерматовенерологов»; 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52; e-mail: khryanin@mail.ru;

Шпикс Татьяна Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации; 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52; e-mail: tshpiks@yandex.ru;

Русских Мария Викторовна — аспирантка ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации; 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52; e-mail: marie_le_mieux@mail.ru;

Сухарев Филипп Андреевич — клинический ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации; 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52; e-mail: fsuhar@yandex.ru;

Маринкин Игорь Олегович — доктор медицинских наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации; 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52; e-mail: rectorngmu@yandex.ru.