



Конкин Д.Е., Барцевич И.Г. ✉

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Клинический случай микст-инфекции у пациента с первичным сифилисом, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 12.09.2022

Принята: 25.09.2023

Контакты: irenaba@yandex.ru

Резюме

В статье рассмотрены актуальные данные об особенностях течения микст-инфекций, в частности сочетания сифилиса и ВИЧ. Доказан отрицательный синергизм ВИЧ-инфекции и сифилиса. Наличие у пациента одновременно обеих инфекций утяжеляет клиническую картину, а также способствует распространению их в популяции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, сифилис, микст-инфекция

Konkin D., Bartsevich I. ✉

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Clinical Case of Mixed Infection in a Patient with Primary Syphilis Occurring Against the Background of HIV Infection

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 12.09.2022

Accepted: 25.09.2023

Contacts: irenaba@yandex.ru

Abstract

The article discusses current data on the characteristics of the course of mixed infections, in particular the combination of syphilis and HIV. Negative synergy between HIV infection and syphilis has been proven. The presence of both infections in a patient at the same time aggravates the clinical picture and also contributes to their spread in the population.

Keywords: HIV infection, syphilis, mixed infection

■ ВВЕДЕНИЕ

В последнее время все большую актуальность приобретает проблема ведения пациентов, одновременно инфицированных сифилисом и ВИЧ-инфекцией. Общность условий и путей передачи ВИЧ-инфекции и сифилиса, а также контингентов лиц, подверженных риску заражения, позволяет думать, что в ближайшие годы число случаев микст-инфекции может увеличиться. Наличие сифилиса увеличивает вероятность заражения и способствует прогрессированию ВИЧ-инфекции. С другой стороны, наличие ВИЧ-инфекции может существенно изменять клиническую картину и течение сифилиса и затруднять его диагностику и лечение [1, 2].

В представленной публикации рассмотрены актуальные данные об особенностях течения микст-инфекций, в частности сочетания сифилиса и ВИЧ. Доказан отрицательный синергизм ВИЧ-инфекции и сифилиса. Наличие у пациента одновременно обеих инфекций утяжеляет клиническую картину, а также способствует распространению их в популяции.

Помимо взаимного утяжеления процесса, данные инфекции увеличивают риск передачи заболеваний. Так, например, риск передачи ВИЧ на фоне сопутствующей сифилитической инфекции увеличивается в 2,3–8,6 раза [2]. В эпидемиологии ВИЧ-инфекции и сифилиса много общих факторов: особенности возбудителей, источники и пути передачи инфекции. Бледная трепонема и вирус иммунодефицита живут только в организме человека, неустойчивы во внешней среде и быстро погибают вне организма хозяина. Оба заболевания представляют собой социальную проблему, их распространенность во многом зависит от демографических и экономических факторов, уровня жизни населения, а также наличия профилактических мероприятий как со стороны государства, так и со стороны каждого конкретного человека [2].

Клиническая картина сифилиса у ВИЧ-инфицированных имеет ряд особенностей. Изменяются сроки инкубации, для первичного периода характерны множественные язвенно-некротические шанкры и выраженная лимфаденопатия. Очень быстро появляются разнообразные вторичные сифилиды, поражения висцеральных органов, глаз. У трети пациентов выявляются поздние формы сифилиса (гуммозный, кардиоваскулярный, нейросифилис), причем эти проявления развиваются в течение нескольких месяцев, а не лет. Практически у четверти пациентов возникают манифестные специфические поражения нервной системы, которые зачастую имеют атипичное течение и быстро прогрессируют. Определенные трудности возникают в серологической диагностике сифилиса на фоне ВИЧ-индуцированной иммуносупрессии: замедленная позитивация серологических реакций, их ложноотрицательные результаты, колебания титров, серологические рецидивы и отсутствие негативации, в том числе на фоне неэффективности специфической терапии [2].

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент П., 39 лет, программист, поступил в Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер 20.03.19. При поступлении предъявлял жалобы на дискомфорт и незначительную болезненность в горле. Из анамнеза известно, что 19.02.19 появились боли в горле. 04.03.19 обратился на прием к оториноларингологу и с диагнозом «односторонняя ангина», был госпитализирован в терапевтическое отделение, где пациенту был выставлен сифилис.

Половой анамнез: случайные половые контакты 19.01.19 и 16.02.19. Данных о половых партнерах не знает. Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний – простудные. Вирусный гепатит, туберкулез, венерические болезни в анамнезе отрицает. Аллергологический анамнез отягощен: не переносит кетонал. Реакцию не уточняет.

При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,7 °С. Увеличены заднешейные, углочелюстные, подмышечные лимфоузлы. В легких дыхание нормальное везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

St. localis: на коже туловища, конечностей, половых органов высыпаний нет. Зев: гиперемия дужек, задней стенки. Небная миндалина справа увеличена до II степени, гиперемирована, в лакунах гнойные пробки (рис. 1).

Лабораторные данные

ОАК от 21.03.19: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, сегментоядерные – 44%, лимфоциты – 48%, моноциты – 6%, СОЭ – 18 мм/ч.

ОАК от 03.04.19: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 8%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 54%, лимфоциты – 30%, моноциты – 6%, СОЭ – 21 мм/ч.

ОАМ от 21.03.19: цвет – насыщенно-желтый, прозрачная, реакция кислая, белок отрицательный, глюкоза отрицательная, эпителий 3–4 в поле зрения, лейкоциты 3–4 в поле зрения, бактерии ++.

ОАМ от 03.04.19: цвет – светло-желтый, прозрачная, реакция кислая, белок отрицательный, глюкоза отрицательная, эпителий 0–1 в поле зрения, лейкоциты 0–1 в поле зрения, бактерии +.

При направлении: МРП от 13.03.19 – резко «+» 4+, 1:8; ИФА от 13.03.19 «+»; РПГА от 13.03.19 «+» (1:640); МРП от 3.04.19 резко положительная 4+ (1:4); глюкоза крови от 21.03.19 – 3,9 ммоль/л; ИФА ВИЧ от 21.03.19 положительная; вирусная нагрузка ВИЧ 03.04.19 в работе; кол-во CD4 от 03.04.19 (в 1 мкл) 694 кл/мкл.

На основании жалоб, анамнеза, клинических и лабораторных данных установлен диагноз: первичный сифилис других локализаций (A51.2). ВИЧ-инфекция, 1-я клиническая стадия (CD4 – 694 кл/мкл). Персистирующая генерализованная лимфаденопатия (B23.1).

Лечение

Бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн ЕД внутримышечно 6 раз в сутки 14 дней. На фоне антибактериальной терапии динамики не наблюдалось. Гиперемия, отек миндалины сохранились (рис. 2).

Рекомендовано начать антиретровирусную терапию: тенофовир/эмтрицитабин 300/200 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки, дарунавир 600 мг по 1 таблетке в сутки, ритонавир 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день. Выписан с клиническим улучшением. Рекомендовано: клинико-серологический контроль 06.05.19 в кожно-венерологическом кабинете по месту жительства. Консультация инфекциониста, оториноларинголога.



Рис. 1. Небная миндалина справа увеличена до II степени, гиперемирована, в лакунах гнойные пробки
Fig. 1. The palatine tonsil on the right is enlarged to degree II, hyperemic, there are purulent plugs in the lacunae



Рис. 2. Гиперемия, отек миндалины сохранились
Fig. 2. Hyperemia and tonsil edema persisted

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У данного пациента на фоне ВИЧ-инфекции при заражении сифилисом развилась нетипичная клиническая картина, напоминающая шанкр-амигдалит без первичного аффекта. Однако для шанкра-амигдалита более характерно поражение небной миндалины без остро воспалительных изменений и разрешение на фоне антибактериальной терапии. Клиническая картина и течение сифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов может существенно изменяться, затрудняя своевременную диагностику и лечение.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Krasnoselskikh T.V., Manasheva E.B., Gezei M.A. Syphilis and HIV Comorbidity: Negative Clinical and Epidemiologic Synergy. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*. 2018;10(3):7–16. (In Russian). <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2018-10-3-7-16>
2. Tursunov R.A. Specific of the HIV-infection epidemiology, combined with syphilis. *Pacific Medical Journal*. 2014;(4):26–28. (In Russian)