

<https://doi.org/10.25208/vdv553-2020-96-1-52-57>

## Особенности течения сифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов — клинический случай

Кошкин С. В.<sup>1,\*</sup>, Евсеева А. Л.<sup>1</sup>, Рябова В. В.<sup>1</sup>, Коврова О. С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России  
610027, Россия, Кировская область, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112

<sup>2</sup> КОГБУЗ «Кировский областной клинический кожно-венерологический диспансер»  
610000, Россия, Кировская область, г. Киров, ул. Семашко, д. 2а

В представленной статье рассмотрены актуальные данные об особенностях течения инфекций, передаваемых половым путем (далее — ИППП), на современном этапе. Особое внимание уделено микст-инфекциям, в частности сочетанию сифилиса и ВИЧ. Наличие у пациента одновременно обеих инфекций в значительной степени утяжеляет клиническую картину, а также способствует распространению их в популяции, что представляет собой острую социальную проблему. В статье представлены современные данные об эпидемиологии, уровне и динамике заболеваемости сифилисом и ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации, в том числе среди групп повышенного риска. Приведены данные исследования заболеваемости ИППП (урогенитальными инфекциями, вызванными *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, сифилисом) и вирусными гепатитами В и С у 60 ВИЧ-положительных заключенных в Кировской области. Описаны особенности развития и течения сифилитической инфекции, трудности диагностики и терапии, возникающие на фоне ВИЧ. Представлен случай собственного клинического наблюдения злокачественного течения сифилиса, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией. Обе инфекции были выявлены одновременно в стационаре, куда пациент поступил с диагнозом распространенная пиодермия, выставленным на основании жалоб и клинической картины (эктиматозные высыпания).

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

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Для цитирования:** Кошкин С. В., Евсеева А. Л., Рябова В. В., Коврова О. С. Особенности течения сифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов — клинический случай. Вестник дерматологии и венерологии. 2020; 96 (1): 52–57. <https://doi.org/10.25208/vdv553-2020-96-1-52-57>

# Features of the course of syphilis in HIV infected patients

Sergei V. Koshkin<sup>1,\*</sup>, Anna L. Evseeva<sup>1</sup>, Vera V. Ryabova<sup>1</sup>, Olga S. Kovrova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kirov State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

K. Marx str., bldg 112, 610027, Kirov, Russia

<sup>2</sup> Kirov Regional Dermatology Hospital, the city of Kirov

Semashko str., bldg 2a, 610000, Kirov, Russia

In the present article, relevant data on the characteristics of the course of infections transmitted through sexual contact (hereinafter — STIs) are considered at the present stage. Particular attention is paid to mixed infections, in particular the combination of syphilis and HIV. Since the presence of both infections in a patient simultaneously significantly complicates the clinical picture, and also contributes to their spread in the population, which is an acute social problem. The article presents modern data on the epidemiology, level and dynamics of the incidence of syphilis and HIV infection in the Russian Federation, including among high-risk groups. Research data on the incidence of STIs (urogenital infections caused by *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, syphilis) and viral hepatitis B and C in 60 HIV-positive prisoners in the Kirov region are presented. The features of the development and course of syphilitic infection, the difficulties of diagnosis and therapy that occur with HIV are described. A case of own clinical observation of the malignant course of syphilis associated with HIV infection is presented. Both infections have been identified in the hospital where the patient is admitted with a diagnosis of spreading pyoderma, exhibited on the basis of complaints and clinical picture (ektimatoznye rash).

**Keywords:** syphilis, HIV infection, mixed infection.

**Conflict of interest:** the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

**For citation:** Sergei V. Koshkin, Anna L. Evseeva, Vera V. Ryabova, Olga S. Kovrova. Features of the course of syphilis in HIV infected patients. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2020; 96 (1): 52–57. <https://doi.org/10.25208/vdv553-2020-96-1-52-57>

■ Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), в настоящее время представляют актуальную проблему, несмотря на в целом положительную ситуацию по заболеваемости сифилисом. Среди определенных групп населения все чаще встречаются случаи микст-инфекции, наиболее значимыми из них являются сочетания с вирусными инфекциями (ВИЧ, вирусные гепатиты В и С), в связи с тем, что на их фоне сифилис приобретает особенно тяжелое и извращенное течение. 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 [1—3].

В эпидемиологии ВИЧ-инфекции и сифилиса много идентичных факторов: особенности возбудителей, источники и пути передачи инфекции. Бледная трепонема и вирус иммунодефицита живут только в человеческом организме, крайне нестойки во внешней среде и быстро погибают в отсутствие хозяина [4].

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.

Начало XX в. было ознаменовано эпидемией сифилиса: в России, например, в 1913 г. заболеваемость составляла 1800 человек на 100 тыс. населения, а в связи с отсутствием эффективной терапии заболевание отличалось высокой летальностью от висцерального и нейросифилиса. Проблема сифилиса остается актуальной и в настоящее время, даже несмотря на стойкую тенденцию к снижению заболеваемости среди населения. Если в 1997 г. заболеваемость сифилисом в Российской Федерации составляла 277,65 на 100 тыс. населения, а в 2000 г. — 165,7 на 100 тыс., то к 2016 г. — снизилась до 21,2 на 100 тыс. По данным Минздрава России, в 2018 г. уровень заболеваемости сифилисом составил 16,5 случая на 100 тыс. населения [5, 6].

Одновременно с этим с начала 2000-х гг. в России отмечается рост числа ВИЧ-инфицированных. По темпам роста ВИЧ (данные ЮНЭЙДС) Россия занимает 4-е место в мире после ЮАР, Нигерии и Мозамбика. В Европе Россия занимает 1-е место по заболеваемости ВИЧ-инфекцией. В 2013 г. абсолютное число лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией, на территории Российской Федерации достигло почти 800 тыс. человек (для сравнения — показатель от 2003 г. был втрое меньше). К 2017 г. число ВИЧ-инфицированных в России составило 1 167 581 человек [3, 7]. За 2018 г. зарегистрировано 101 345 новых ВИЧ-инфицированных (сведения Роспотребнадзора об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь — декабрь 2018 г.), а в I полугодии 2019 г., согласно данным Федерального СПИД-центра, в РФ выявлен еще 47 971 новый случай заражения ВИЧ. На 01.07.2019 зарегистрировано всего 1 376 907 граждан РФ, инфицированных ВИЧ, в том числе живых — 1 041 040 человек и 335 867 умерших.

Среди групп повышенного риска с выявленной сифилитической инфекцией (работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, гомосексуалисты) удельный вес ВИЧ-инфекции гораздо выше,

нежели в общей популяции: до 75% внутривенных наркоманов, больных сифилисом, являются носителями ВИЧ [3, 4].

В Кировской области в 2003 г. было проведено обследование на урогенитальные инфекции 60 ВИЧ-инфицированных (36 мужчин и 24 женщин) в возрасте от 20 до 41 года, находящихся в заключении. В 20% случаев диагностирована хламидийная инфекция, а у 13,3% одновременно обнаружены *M. genitalium* и *U. urealyticum*, сочетание *C. trachomatis*, *M. genitalium* и *U. urealyticum* — у 1,6%. Среди всех обследованных гепатит В имеют 20%, гепатит С — 21,6%, сочетание гепатитов В и С — 6,6%. Пролечены от сифилиса — 10%. У 10% диагностированы СПИД-ассоциированные вирусные инфекции: некротическая форма опоясывающего герпеса и распространенные плоские бородавки. Инфицирование при внутривенном употреблении наркотиков произошло в 80% случаев, половым путем — 20% (данные исследования опубликованы в материалах I Российского конгресса дерматовенерологов, Санкт-Петербург, 2003 г.).

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 [8]. Практически у четверти больных возникают манифестные специфические поражения нервной системы, которые зачастую имеют атипичное течение и быстро прогрессируют [9—12].

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 [9, 10, 13, 14].

### Описание случая

Пациент Х., 29 лет, неработающий, 17.11.2009 поступил в кожное отделение Кировского областного клинического кожно-венерологического диспансера (КОККВД). При поступлении предъявлял жалобы на множественные болезненные высыпания и повышение температуры тела. Со слов больного, впервые заметил высыпания на половом члене месяц назад, а через 2 недели после этого появились «язвы» на туловище и конечностях, к врачу не обращался, самостоятельно применял раствор бриллиантовой зелени — без эффекта. В связи с ухудшением клинической картины обратился к дерматологу, направлен на стационарное лечение с диагнозом: распространенная пиодермия. При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Носовое дыхание свободное, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 80 уд./мин, АД — 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень — по краю реберной дуги. Стул, диурез в норме. Температура тела 38 °С.

Патологический кожный процесс распространенный, асимметричный, островоспалительного характера.

На коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, в том числе на ладонях и подошвах, — пустулезные (в том числе эктиматозные) элементы до 1 см в диаметре с венчиком застойной гиперемии по периферии (рис. 1—3). На коже груди наблюдаются множественные пятна буро-розового цвета диаметром до 0,5 см. Волосы не разрезаны. На внутреннем листке крайней плоти язва диаметром до 3 см

на плотном отечном основании, с мутным отделяемым, болезненная при пальпации (рис. 4). Паховые лимфоузлы слева до 2 см, плотноэластической консистенции, подвижные, умеренно болезненные при пальпации.

Лабораторные исследования: в общем анализе крови от 18.11.2009 СОЭ — 32 мм/ч, остальные показатели — в пределах нормы. Биохимический анализ крови: билирубин — 15,9 ммоль/л; АСТ —



Рис. 1. Пустулезные элементы на коже верхних конечностей  
Fig. 1. Pustular elements on the skin of upper limbs



Рис. 2. Пустулезные элементы на коже нижних конечностей  
Fig. 2. Pustular elements on the skin of lower limbs



Рис. 3. Пустулезные элементы на коже туловища  
Fig. 3. Pustular elements on the skin of the trunk



Рис. 4. Язвенный шанкр  
Fig. 4. Ulcerative chancre

0,18 мкмоль ч/л; АЛТ — 0,43 мкмоль ч/л; глюкоза — 5,55 ммоль/л; холестерин общий — 3,69 ммоль/л; мочевины — 6,83 ммоль/л. В общем анализе мочи от 18.11.2009 патологических изменений не выявлено.

Иммуноферментный анализ (ИФА) от 19.11.2009: 4+ титр 1:256; *Tr. pallidum* в отделяемом с язвы на половом члене от 18.11.2009 не обнаружена. ВИЧ (+) от 17.11.2009, HbS-ag и анти-HCV не обнаружены.

На основании клинических данных и лабораторных обследований установлен Ds: A51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Паховый лимфаденит. Z21. Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ].

В связи с непереносимостью антибиотиков пенициллинового ряда назначен цефтриаксон по схеме внутримышечно на 20 дней. Температурная реакция на начало лечения — 39,9 °С. Наружно назначен 3%-й колларгол и 10%-я норсульфазоловая мазь.

Лечение получил в полном объеме, выписан из стационара под наблюдение дерматовенеролога по месту жительства. Диспансерный учет в СПИД-центре.

### Обсуждение

Несмотря на благоприятную в целом ситуацию по сифилису в РФ, рост числа ВИЧ-инфицированных способствует тяжелому течению сифилитической инфекции. В связи с этим следует использовать все возможные меры профилактики заражения и распро-

странения в эпоху эпидемии ВИЧ-инфекции. Большая часть населения, включая и самих врачей, зачастую недооценивает важность профилактических мероприятий, а само заболевание считает чем-то мифическим и далеким. И это несмотря на то, что Российская Федерация входит в состав региона Восточной Европы и Центральной Азии, в котором, по данным UNAIDS (Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД, или ЮНЭЙДС), эпидемия ВИЧ идет на подъем.

### Заключение

Представленный случай демонстрирует невнимательное отношение пациента к здоровью собственному и окружающих. Пренебрежение элементарными мерами индивидуальной профилактики приводит к таким трагическим последствиям, хотя все мероприятия первичной профилактики сводятся к одному — не создавать условий для проникновения вируса в организм (в первую очередь это отказ от наркотиков и случайных половых связей). Если заражение у таких пациентов уже произошло, мероприятия вторичной профилактики направлены на предотвращение провоцирующих развитие иммунодефицита заболеваний. Третьичная же профилактика предусматривает помощь и моральную поддержку таким людям, благодаря которой они в полной мере осознают всю ответственность в связи с опасностью своего состояния для окружающих [14]. ■

## Литература/References

1. Клинические рекомендации по дерматовенерологии для врачей / Под ред. Кубановой А.А. М., 2015: 601—602 с. [Clinical recommendations for dermatovenereology for doctors. M: 2015: 601—602. Ed. by Kubanova A.A. (Russia).]
2. Кошкин С.В., Черных Т.В. Клинические проявления ранних форм сифилиса. Атлас, 2010; 7—9. [Koshkin S.V., Chernykh T.V. Clinical manifestations of early forms of syphilis, 2010; 7—9 (Russia).]
3. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Нейросифилис на фоне ВИЧ-инфекции. Вестник дерматологии и венерологии, 2015; (2): 49—57. [Krasnoselskikh T.V., Sokolovskiy E.V. Neurosyphilis in HIV infected patients. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2015; 2: 49—57 (Russia).]
4. Кулешов А.Н., Левощенко Е.П., Сакания Л.Р., Корсунская И.М. Сифилис и ВИЧ: случаи из практики. Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2017; 2: 37—39. [Kuleshov A.N., Levoshchenko E.P., Sakaniya L.R., Korsunskaya I.M. Syphilis and HIV: clinical case. Dermatology (Suppl. Consilium Medicum). 2017; 2: 37—39 (Russia).]
5. Потекаев Н.Н., Фриго Н.В., Алмазова А.А., Лебедева Г.А. Эпидемиология сифилиса в современных условиях. Клиническая дерматология и венерология, 2015; 14 (1): 22—34. [Potekaev N.N., Frigo N.V., Almazova A.A., Lebedeva G.A. Epidemiology of syphilis in modern conditions. Clinicheskaya dermatologiya i venerologiya, 2015; 14 (1): 22—34 (Russia).] DOI: 10.17116/kiinderma2015122-34
6. 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): 16—25. [Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melekhina L.E. Incidence of Syphilis in the Russian Federation Over the Period 2006—2016. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2017; (5): 16—25 (Russia).] DOI: 10.25208/0042-4609-2017-93-5-16-25
7. Пирогова И.А. Распространенность ВИЧ-инфекции в России. Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области, 2017; 4 (19): 45—49. [Pirogova I.A. The prevalence of HIV infection in Russia. Bulletin of the Council of young scientists and specialists of Chelyabinsk region 2017; 4 (19): 45—49 (Russia).]
8. Miller B.A., Hicks Ch.B. Syphilis and HIV: The Intersection of Two Epidemics. Journal Watch 2010.
9. Lukehart S.A., Hook E.W., Baker-Zander S.A. Invasion of the Central Nervous System by *Treponema pallidum*: Implications for Diagnosis and Treatment. Ann Intern Med 1988; 109(11): 855—62.
10. Malone J.L., Wallace M.R., Hendrick B.B. Syphilis and neurosyphilis in a human immunodeficiency virus type-1 seropositive population: evidence for frequent serologic relapse after therapy. Am J Med 1995; 99 (1): 55—63.
11. Taylor M.M., Aynalem G., Olea L.M. et al. A consequence of the syphilis epidemic among men who have sex with men (MSM): neurosyphilis in Los Angeles, 2001—2004. Sex Transm Dis 2008; 35(5): 430—4.
12. Singh A.E., Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Clin Microbiol Rev 1999; 12(2): 187—209.
13. Кошкин С.В., Черных Т.В., Коврова О.С., Евсеева А.Л., Рябова В.В. Ассоциативная связь вторичного сифилиса кожи и слизистых

оболочек с антигенами гистосовместимости первого класса. Вестник дерматологии и венерологии, 2017; 2: 27—33. [Koshkin S.V., Chernykh T.V., Zaitseva G.A., Evseeva A.L., Ryabova V.V. Associative connection of secondary syphilis of skin and mucous membranes with the histocompatibility antigens of the first class. Vestnik dermatologii i venerologii, 2017; 2: 27—33 (Russia).]

14. Соколовский Е.В., Михеев Г.Н., Красносельских Т.В. и др. Дерматовенерология: Учебник для студентов учреждений высш. проф. мед. образования / Под ред. Е.В. Соколовского. СПб.: СпецЛит. 2017: 687 с. [Dermatovenereology: textbook for students of institutions of higher prof. med. education. St. Petersburg: M. 2015: 601—602. Ed. by E.V. Sokolovskiy (Russia).]

---

### Информация об авторах

**Кошкин Сергей Владимирович** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Кировского ГМУ, e-mail: koshkin\_sergei@mail.ru; тел.: +7 (912) 825-41-16

**Евсеева Анна Леонидовна** — старший преподаватель кафедры дерматовенерологии и косметологии Кировского ГМУ

**Рябова Вера Владимировна** — ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Кировского ГМУ

**Коврова Ольга Сергеевна** — заведующая венерологическим отделением Кировского областного клинического кожно-венерологического диспансера

---

### Information about the authors

**Sergei V. Koshkin** — Dr. Sci. (Med.); Prof.; Head of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology of Kirov State Medical University, e-mail: koshkin\_sergei@mail.ru; tel.: +7 (912) 825-41-16

**Anna L. Evseeva** — Senior Lecturer of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology of Kirov State Medical University

**Vera V. Ryabova** — Assistant Lecturer of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology of Kirov State Medical University

**Olga S. Kovrova** — Head of the Department of Dermatovenereology of the Kirov Regional Dermatology Hospital