**С**екція 2. Актуальні проблеми практичної медицини

**Чернікова Л.І.,** кандидат медичних наук,

доцент кафедри дерматології, венерології та СНІДу

Харківський національний медичнийуніверситет

*м Харків, Україна*

**Поєднання ВІЛ -інфекції та сифілісу. Особливості перебігу**

ВІЛ - інфекція залишається однією з основних глобальних проблем охорони здоров'я: вже більше 39 мільйонів людей у світі померли від хвороб, які розвиваються на фоні синдрому набутого імунодефіциту. В середньому кожен рік помирає більш ніж півтора мільйона хворих. За станом на кінець 2014 року у світі перебувало біля 36,9 (34,3–41,4) мільйонів осіб з ВІЛ-інфекцією, причому 2 (1,9–2,2) мільйона осіб були інфіковані тільки протягом 2014 року [1]. За оцінкою ВООЗ/ЮНЕЙДС Україна продовжує залишатись регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ серед країн Центральній Європи та Східної Азії [2, с. 5]. Протягом 1987-2016 р. р. (6 міс.) серед громадян України зареєстровано 287 968 ВІЛ - інфікованих осіб, у тому числі 88 075 випадків захворювання на СНІД та 39 885 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Станом на 01.07.2016 року, у закладах охорони здоров’я служби профілактики та боротьби зі СНІДом під медичним наглядом перебувало 130 410 ВІЛ-інфікованих громадян України, з них 36 474 хворих з діагнозом СНІД [3, с. 7].

ВІЛ-інфекція як хвороба, що передається переважно статевим шляхом (ЗПСШ), становить інтерес як в плані частої асоціації її з іншими найбільш поширеними венеричними хворобами, так і у взаємозалежності від статевої поведінки, особливо серед груп підвищеного ризику. Збудники венеричних захворювань сприяють зараженню ВІЛ, прогресуванню у СНІД. ВІЛ-інфіковані клітини можуть досягти клітин-мішеней нового організму-господаря внаслідок контакту з запаленими слизовими оболонками. Епідеміологічні дослідження підтверджують, що поширення ВІЛ статевим шляхом ймовірніше при герпетичній інфекції, сифілісі та інших венеричних хворобах, що супроводжуються виразками геніталій [4,с.72; 5]. При цьому збільшується ризик зараження ВІЛ в 10 - 20 разів навіть при разовому статевому контакті [4,с.73].

Дерматовенерологи виявилися на передньому краї діагностики ЗПСШ і ВІЛ-інфекції. Їх пацієнти становлять групи ризику і з ВІЛ-інфекції. У групі ВІЛ-інфікованих ЗПСШ визначалися в 3 рази частіше, ніж у групі контролю. Після вивчення сексуальної поведінки, сексуальних контактів з ВІЛ-інфікованими особами, хворими на СНІД або з особами, що проживають в районах з високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції було проведено логічний аналіз, який показав, що наявні випадки гонореї, сифілісу, гепатиту В, генітального герпесу або генітальних виразок були в значній мірі пов'язані з ВІЛ-позитивним статусом. Особливого значення набуває наявність у хворого на СНІД сифілітичної інфекції.

За даними спеціалізованої науково-дослідницької лабораторії епідеміології і профілактики хворих на СНІД, 18,5% інфікованих ВІЛ одночасно страждають сифілісом. Це певною мірою пояснюється аналогічною сексуальною орієнтацією хворих [6, с.186].

З 1988 по 1995 р в усьому світі спостерігалося постійне зростання захворюваності на сифіліс, в більшості своїй що важко піддається лікуванню, з залученням на ранніх стадіях захворювання в патологічний процес ЦНС [4,с.74; 5; 7,с.50; 8,с.58]. Це пов'язано як з неадекватним лікуванням, так і з недостатністю імунної відповіді. Останнє може виникнути через наявність додаткової інфекції, яка клінічно не виявляється, включаючи ВІЛ-інфікування. У свою чергу сифілітична інфекція, сприяє прогресуванню хронічної ВІЛ-інфекції в СНІД. Труднощі діагностики поєднання у хворого сифілісу й СНІДу визначаються не тільки подібністю імунологічних змін при сифілісі та при СНІДі, а й можливістю серонегативності по сифілісу у хворих на СНІД. Вони посилюються тим, що сифіліс може імітувати інші захворювання, що ускладнює своєчасну діагностику як сифілісу, так і захворювань з подібною клінічною картиною. Більш того, деякі риси клініки сифілітичної інфекції (зокрема, вторинного сифілісу): підвищення температури, втрата маси тіла, головний біль, нездужання, висипання на шкірі, лімфаденопатія - можуть нагадувати подібний зі СНІДом симптомокомлекс. Зміна загальної патології і течії сифілісу при одночасному зараженні ВІЛ проявляється варіабельністю серологіі, а також клінічної картини сифілісу [9,с.58]. Це є результатом реакції імунодефіциту, що виникає під дією блідої трепонеми. Зараз відзначають, що сифіліс на тлі ВІЛ-інфекції схильний до прискореного перебігу з швидким ураженням ЦНС, очей, а також може викликати злоякісні ураження шкіри і слизових оболонок. У деяких хворих окремі симптоми сифілісу по клінічної виразності змушують згадати опис клінічної картини захворювання до появи антибіотиків [7,с.49].

Для сифілісу основними факторами передачі блідої трепонеми слугують ексудати, різного роду виділення з ділянок уражень шкіри і слизових оболонок, а при ВІЛ-інфекції - в основному еякулят і кров. Збудник сифілісу крім того, здатний проникати через зовні не пошкоджені покриви, на що ВІЛ, мабуть, мало здатний або не здатний взагалі [7,с.52].

Серед маніфестних форм сифілісу на тлі ВІЛ-інфекції твердий шанкр зустрічається досить рідко. Твердий шанкр на тлі ВІЛ-інфекції зазвичай є виразковий дефект. Він часто ускладнюється мікрофлорою, що призводить до його трансформації в гангренозний або фагеденічний різновид. Крім того, первинний афект часто може залишатися взагалі непоміченим, якщо він знаходиться в порожнині рота або на слизовій оболонці прямої кишки або піхви [7,с.53; 9,с.58].

Незвичайний клінічний перебіг на тлі ВІЛ-інфекції має також II сифіліс [4,с.72; 5; 10,с.58]. Вторинний сифіліс найчастіше представлений папульозними висипаннями на шкірі, включаючи долоні і підошви. Описано незвично тяжкі висипи та кератодермія на долонях і підошвах. При цьому можуть бути залучені інші органи і системи. Деякі автори спостерігали у хворих дуже рясні і яскраві папульозні висипання, що супроводжуються вираженою інтоксикацією (температура тіла 33-40ºС, сильний головний біль, запаморочення, нудота, блювота, слабкість) протягом декількох днів до початку лікування. У деяких хворих папули відрізнялися соковитістю, яскравим рожево-червоним забарвленням, з незвично масивною інфільтрацією в основі, особливо вираженою на підошвах, що навіть викликало у хворих біль при ходьбі. На поверхні багатьох папул були міліарні пустули, петехії, екскоріації, а також геморагічні кірки. Виявлено різновид себорейних папул, що локалізуються переважно на волосистій частині голови і бровах. Причому на поверхні цих папул волосся повністю було відсутнім. На слизовій оболонці порожнини рота, зовнішніх статевих органах, в періанальній області і великих складках переважали ерозивні і вегетуючі папули. В їх виділеннях виявляли незвично велику кількість блідих спірохет. Часто у хворих відзначалися явища специфічної ангіни (папульозної та еритематозної). У багатьох хворих виявлені вогнища алопеції діаметром до 5 см [5;9,с.58].

Нейросифилис до початку епідемії ВІЛ-інфекції зустрічався рідко. З початком ери СНІДу захворюваність на нейросифіліс збільшилася. За даними багатьох авторів сифіліс у хворих на ВІЛ-інфекцію викликає ранні специфічні ураження нервової системи, причому ці ураження можуть виникнути незважаючи на повноцінну проти сифілітичну терапію сучасними методами. Ці ураження розвиваються вже на ранніх етапах сифілісу, тобто в межах першого року після зараження, протікаючи часом без клінічних проявів[8,с.58].

Таким чином, клінічні прояви та перебіг сифілісу на тлі ВІЛ-інфекції відрізняються рядом особливостей: стрімка течія аж до пізніх проявів в ранні терміни; велика питома вага рідкісних, атипових і тяжких форм; можлива інверсія клінічних і серологічних проявів; виразкові шанкри, схильні до ускладнень аж до гангренізаціі і фагеденізму; надзвичайно велика кількість блідих трепонем у виділеннях з шанкрів і ерозивних папул; абсолютне переважання у вторинному періоді папулезних сифилідів, що відрізняються різноманітністю; виникнення рецидивів сифілісу після проведення повноцінної, адекватної специфічної терапії[4,с.72;.5; 8,с.58; 9,с.57;.10,с.57].

**Висновки.** Знання перебігу сифілісу на тлі ВІЛ-інфекції/СНІДу є необхідним аспектом у роботі лікарів будь-якого фаху з метою ранньої діагностики та своєчасного лікування, що має величезне значення у боротьбі з поширенням ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Література:

1. Информационный бюллетень ВОЗ. – Июль 2015 г. – № 360. Режим доступу: <http://www.who.in.t/mediacentre/factsheets/fs360/ru/>

2. Віл-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. – Київ, 2015. — № 43. —112с

3. Віл-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. – Київ, 2016. — № 46. —38с

4. Борисенко К.К. Сочетание сифилиса и ВИЧ-инфекции /К.К.Борисенко, Б.И.Зудин, А.Ю.Назарова, Н.Ф.Цераиди, М.Т.Шакиров, Л.М.Топоровский //

Вестн. дерматологии и венерологии.— 1990.— № 1.— С. 72–76.

5. Потекаев С.Н. Влияние ВИЧ-инфекции на клинические проявления сифилиса и его течение / С.Н. Потекаев, Н.С.Потекаев, О.Г.Юрин, В.В.Покровский // Журнал о заболеваниях передаваемых половым путем.— 1995.— № 5.— Режим доступу: http://www.ozppp.ru/archive/1995-05/zppp-1995-5-p-20-24.html.

6. ВИЧ/СПИД-инфекция: монография/А.М.Дащук, Л.И.Черниковa. —Х.: С.А.М., —2015. —248 с.

7. Потекаев Н.С. К клинике и течению твердого шанкра на фоне ВИЧ-инфекции / Н.С.Потекаев, Б.М.Груздев, В.В.Покровский, О.Г.Юрин // Вестник дерматологии и венерологии. – 1992. — № 9. — с. 49—52.

8. Лосева О.К. Современные проблемы диагностики, лечения и клинико-серологического контроля больных нейросифилисом / О.К.Лосева, А.В.Аншуков, В.И.Пивоварова // Рос. журн. кож. и вен. бол.— 2008.— № 2.— С. 56–59.

9.Потекаев С. Н. Влияние ВИЧ-инфекции на клинические и серологические проявления сифилиса. Тактика ведения и методики лечение больных ВИЧ-инфекцией и сифилисом / Потекаев С. Н.  //Медицинская помошь. — 1993. — № 5. — с. 56-59.

10. Козенко Л.И. Выявление ВИЧ\_инфекции у больных сифилисом/ Козенко Л.И., Лин В.Н., Кириуцов А.М. // Вестн. дерматологии и венерологии.—2004.— № 4.— С. 56–66.