

---

# Клинические проявления вторичного сифилиса у ВИЧ-инфицированной семейной пары

Н.А. ЖУЛИМОВА<sup>1</sup>, Н.В. ЗИЛЬБЕРБЕРГ, В.И. СУРГАНОВА, Н.К. ЛЕВЧИК

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, Екатеринбург, 620076, Российская Федерация

## Clinical manifestations of secondary syphilis in a HIV-infected couple

N.I. ZHULIMOVA, N.V. ZIL'BERBERG, V.I. SURGANOVA, N.K. LEVCHIK

Urals Institute of Dermatovenereology and Immunopathology, Shcherbakova 8, 620076, Yekaterinburg, Russia

---

Представлено описание клинических проявлений сифилиса у ВИЧ-инфицированной семейной пары, характеризующегося нетипичными папулезными сифилидами. У больной описанные проявления были единственными высыпаниями на коже. Сифилис партнера характеризовался множественными разнообразными клиническими проявлениями.

**Ключевые слова:** сифилис, ВИЧ-инфекция, клиническая диагностика.

Clinical manifestations of syphilis in a HIV-infected couple, which is characterized by atypical papular syphilids are described. In the female patient, skin rashes were the only manifestations. In the male partner, syphilis was characterized by multiple diverse clinical manifestations.

**Key words:** syphilis, HIV infection, clinical diagnosis.

---

Сочетание сифилиса и вирусных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), вызываемых вирусами иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатитов В и С, вирусами простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типов обуславливает необходимость изучения течения этих заболеваний при микстинфицировании. Наличие у больных сифилисом эрозивно-язвенных высыпаний способствует передаче вирусных ИППП, а вирусные инфекции, в свою очередь, неблагоприятно влияют на течение сифилиса [1, 2]. Во многих исследованиях [3–7] установлено, что клинические проявления сифилиса на фоне ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С (ВГВ, ВГС) характеризовались преобладанием глубоких, множественных, нетипичных высыпаний, а также ранним вовлечением в специфический процесс центральной нервной системы. При наличии атипичных сифилидов необходимо определять другие клинические признаки этой инфекции. Обнаружение *Treponema pallidum* с эрозивных, язвенных элементов, положительные результаты нетрепонемных и трепонемных тестов сыворотки крови, а также выявление сифилитической инфекции у половых партнеров подтверждают сифилитическую природу высыпаний, создающих трудности в клинической диагностике [8, 9].

В клинике Уральского НИИ дерматологии и иммунопатологии мы наблюдали за двумя ВИЧ-инфицированными больными сифилисом с нетипичными клиническими проявлениями, являющимися половыми партнерами.

Пациентка В.А., 20 лет, поступила в клинику с направительным диагнозом «вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (псориазиформный кольцевидный сифилид подошв). ВИЧ-инфекция».

Больная самостоятельно обратилась к дерматовенерологу по месту жительства с жалобами на высыпания на коже подошв. Проведено обследование на сифилис: микрореакция преципитации (МРП) с кардиолипиновым антигеном — положительный результат, 4+1/128, РПГА 4+1/1280; РИФ 4+. Микологическое исследование на дерматомицеты с очагов на коже ступней — отрицательный результат.

*Из анамнеза заболевания.* Обратилась к дерматовенерологу через 6 мес после начала появления высыпаний на коже подошв.

*Половой анамнез.* Половая жизнь с 17 лет с одним половым партнером. ВИЧ-положительный статус на протяжении последних 3 лет, предшествовавших заражению сифилисом. У полового партнера установлен диагноз «вторичный сифилис. ВИЧ-инфекция».

**Из анамнеза жизни.** Венерические заболевания, туберкулез, вирусные гепатиты в прошлом отрицательны. Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, острая респираторная вирусная инфекция. Образование среднее специальное. Вредные привычки: курение, умеренное употребление алкоголя, употребление наркотиков отсутствует. Гемотрансфузий не было. Донором не являлся.

На момент поступления в клинику состояние пациентки удовлетворительное. Сознание ясное, поведение активное. Костно-мышечная система без особенностей. Суставы не деформированы. Пальцы кистей гипертрофированы (I степень), без нагноения и гнойных пробок. Щитовидная железа не увеличена. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) — 16 в минуту. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 80 уд/мин, артериальное давление (АД) — 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена. Симптом Пастерского отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

**Гинекологический анамнез.** Менструации с 11 лет, по 5–6 дней, безболезненные. Беременностей нет. Гинекологические заболевания отрицательны. **Состояние кожи.** Процесс на коже носит ограниченный характер. На подошвах расположены папулы, переходящие в очаги кольцевидной и круглой формы, розовато-красного цвета с обильным крупнопупырчатым шелушением, трещинками, корочками. Размеры монетовидных высыпаний 3,0–4,0 см; кольцевидные очаги диаметром 10,0–12,0 см, в центре которых расположены бляшковидные папулы неправильных очертаний размером 1,5–3,5 см (1 и 2).

Волосы, брови, ресницы, ногти не изменены. Пальпируются подмышечные, подчелюстные лимфатические узлы плотноэластической консистенции размером 1,0–1,5 см, не спаянные с кожей и окружающими тканями.

**Состояние половых органов.** Симптом раздражения влагалища отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы сформированы правильно, развитие по женскому типу. Губки уретры не изменены. В зеркалах: в заднем своде влагалища умеренное количество пенных выделений белого цвета. Из влагалища — слизистая оболочка шейки матки, влагалища не изменены, шейка матки конической формы, зев открытый. При бимануальном исследовании матки и придатков пальпируются. Пельvicная область свободна от высыпаний.

**Лабораторное обследование.** МРП с кардиолипидным антигеном: 4+; 1/16; РПГА 4+. Антитела к

ВИЧ 1-го и 2-го типа методом ИФА в сыворотке крови — положительный результат. Маркеры ВГВ и ВГС методом ИФА в сыворотке крови не выявлены. Исследование материала из уретры, цервикального канала, влагалища методом микроскопии: обнаружены ключевые клетки.

**Общий анализ крови:** эритроциты —  $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин — 128 г/л, лейкоциты —  $6,3 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы — 2%, нейтрофилы палочкоядерные — 1%, нейтрофилы сегментоядерные — 49%, лимфоциты — 40%, моноциты — 8%, скорость оседания эритроцитов — 36 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** удельный вес 1020, pH 5,5, глюкоза, белок, билирубин, лейкоциты не определяются.

**Биохимический анализ крови:** общий белок — 87 г/л, альбумины — 58,8%,  $\alpha_1$ -глобулины — 4,8%,  $\alpha_2$ -глобулины — 10,5%,  $\beta$ -глобулины — 8,7%,  $\gamma$ -глобулины — 17,2%, холестерин — 4,0 ммоль/л,  $\beta$ -липопротеины — 44 усл. ед., аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 0,34 ммоль/л/ч, аспаргатаминотрансфераза (АсАТ) —

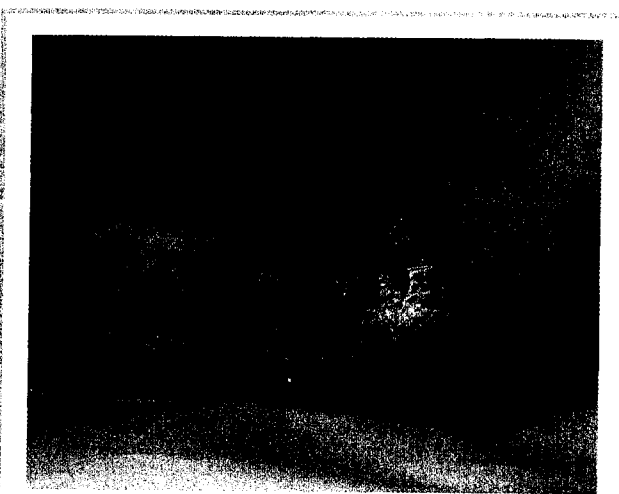


Рис. 1. Пациентка В.А.: высыпания на коже подошв до лечения.



Рис. 2. Пациентка В.А.: высыпания на коже подошв до лечения.

0,22 ммоль/л/ч, сахар — 4,5 ммоль/л, ТП — 16,5 усл. ед., билирубин — 8,6 мкмоль/л/ч.

Установлен клинический диагноз: «вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (Lues II recidiva: кольцевидный, монетовидный папулезный сифилид подошв, полиаденит) А 51.3.»

Сопутствующие заболевания: ВИЧ-инфекция.

Одновременно с пациенткой *В.А.* был госпитализирован ее половой партнер *К.В.*, 22 года, с направительным диагнозом «вторичный сифилис. ВИЧ-инфекция». Выявлен дерматовенерологом по месту жительства как половой контакт больной *В.А.* Первыми симптомами заболевания 6 мес назад были высыпания на коже ладоней.

*Половой анамнез.* Половая жизнь с 15 лет. ВИЧ-положительный статус на протяжении последних 3 лет.

*Из анамнеза жизни.* Венерические заболевания, туберкулез, вирусные гепатиты в прошлом отрицает. Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: сложный перелом правой бедренной кости. Образование среднее. Вредные привычки — курение, умеренное употребление алкоголя, наркотики отрицает. Гемотрансфузий не было. Донором не был.

Состояние пациента удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Костно-мышечная система без особенностей. Суставы не деформированы. Миндалины гипертрофированы (I степень), без налетов и гнойных пробок. Щитовидная железа не увеличена. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени определяется на 3,0 см ниже края реберной дуги, при пальпации безболезненный. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

*Status localis.* Кожный процесс носит распространенный характер. Множественные папулезные сифилиды с эрозивной поверхностью размером 0,5—1,0 см определяются на слизистой оболочке полости рта (небные дужки, миндалины). На спинке, боковых поверхностях языка папулы гипертрофированы, неправильных очертаний, размером 1,0—2,0 см, покрыты серым налетом. Между конгломератами папул сформировались бороздки (рис. 3). Множественные сливающиеся папулы с обильным шелушением расположены на коже ладоней и подошв. На ладонях — папулезные элементы размером 0,5—1,5 см (рис. 4) в диаметре, покрыты плотными чешуйками. Кожа подошв полностью покрыта обильно шелушащимися сливающимися папулезными элементами (рис. 5).



Рис. 3. Пациент *К.В.*: высыпания на слизистой оболочке языка до лечения.

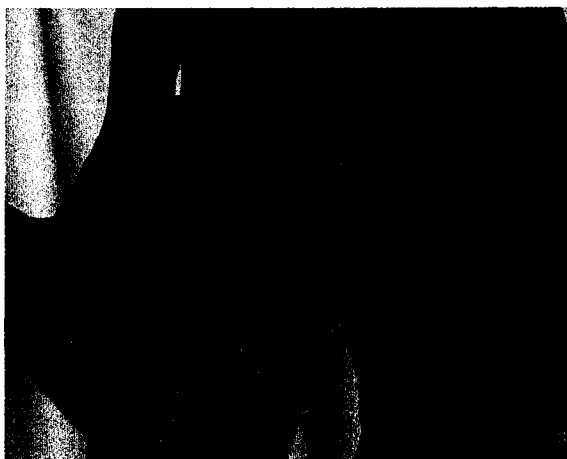


Рис. 4. Пациент *К.В.*: высыпания на ладонях до лечения.

Волосы, брови, ресницы, ногти не изменены. Пальпируются подмышечные, паховые лимфатические узлы плотноэластической консистенции размером 1,5—2,0 см, не спаянные с кожей и окружающими тканями.

*Осмотр половых органов.* Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по мужскому типу. Губки уретры не гиперемированы, свободных выделений из уретры нет. Периаанальная область свободна от высыпаний.

*Лабораторное обследование.* МРП с кардиолипидным антигеном: 4+; 1/32; РПГА 4+. Антитела к ВИЧ I—II типа методом ИФА в сыворотке крови — положительный результат.

Маркеры ВГВ и ВГС методом ИФА: HBsAg — отрицательный результат, antiHBcorIgM — отрицательный результат, antiHBcorIgG — положительный результат, antiHCV — положительный результат.

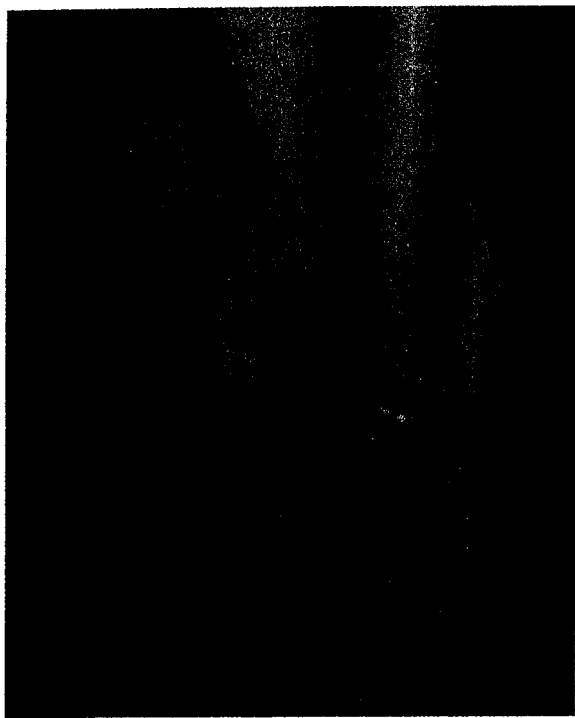


Рис. 5. Пациент К.В.: высыпания на подошвах до лечения.

Исследование материала из уретры методом микроскопии — без воспалительной реакции.

**Общий анализ крови:** эритроциты —  $4,7 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин — 155 г/л, лейкоциты —  $6,9 \cdot 10^9/л$ , базофилы — 2%, эозинофилы — 5%, нейтрофилы — палочкоядерные — 2%, нейтрофилы сегментоядерные — 72%, лимфоциты — 16%, моноциты — 3%, СОЭ 41 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** удельный вес — 1010, рН 7,0, глюкоза, белок, билирубин, лейкоциты не определяются.

**Биохимический анализ крови:** общий белок — 88 г/л, альбумины — 46,8%,  $\alpha_1$ -глобулины — 7,6%,  $\alpha_2$ -глобулины — 10,7%,  $\beta$ -глобулины — 12,1%,  $\gamma$ -глобулины — 22,8%, холестерин — 3,1 ммоль/л,  $\beta$ -липопротеины — 28 усл. ед, АЛАТ — 3,47 ммоль/л/ч, АСАТ — 1,39 ммоль/л/ч, сахар — 5,1 ммоль/л, ТП — 20,5 усл. ед., билирубин — 10,3 мкмоль/л/ч.

Установлен клинический диагноз: «Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (Lues II recidiva: множественные эрозированные гипертрофированные папулы полости рта, бляшечный папулезный сифилид ладоней и подошв, полиаденит) А 51.3.»

Сопутствующие заболевания: ВИЧ-инфекция. Хронический вирусный гепатит В, С.

Терапия вторичного сифилиса проводилась в условиях стационара в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ №43 от 17.01.07 «Об утверждении стандарта медицинской помощи боль-

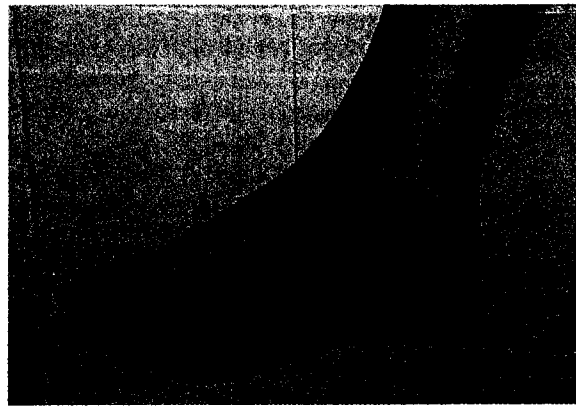


Рис. 6. Пациентка В.А.: регресс высыпаний на коже подошв.

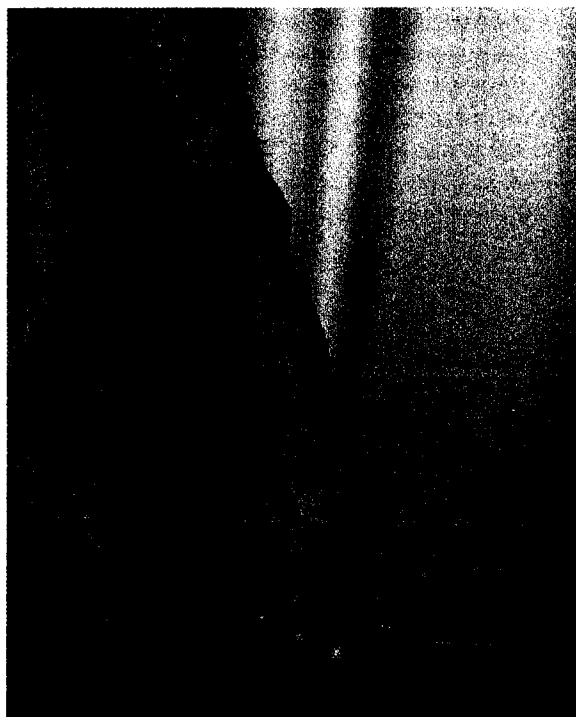


Рис. 7. Пациент К.В.: герпесвирусные высыпания.

ным с ранним сифилисом», клиническими рекомендациями по дерматовенерологии [10] и по ведению больных ИППП и урогенитальными инфекциями [11].

Пациентам проведено лечение: бензилпеницилина натриевая соль по 1 млн ЕД внутримышечно через 4 ч (20 сут; эквивалентная курсовая доза 120 млн ЕД).

У обоих пациентов реакции обострения на начало антибиотикотерапии не наблюдалось. У больной на фоне пенициллинотерапии полный регресс папул, начавшийся с уменьшения крупнопластинчатого шелушения, произошел через 20 сут специфической терапии (рис. 6); снижения титра реаги-

нов в МРП с кардиолипидным антигеном не отмечалось. СОЭ повысилась до 51 мм/ч.

У пациента на 7-е сутки антибиотикотерапии на тыльной стороне правой стопы, нижней трети голени появились множественные сгруппированные везикулезные элементы с серозным содержимым, сопровождающиеся зудом (рис. 7). Результат исследования на ВПГ 1—2-го типов методом полимеразноцепной реакции был положительным. Назначены препараты: ацикловир по 800 мг 5 раз в сутки внутрь, наружно — препараты цинка, анилиновые красители. Регресс сифилитических высыпаний наблюдался на 18-е сутки пенициллинотерапии, по окончании лечения снизился титр реактивов в МРП с 1/32 до 1/16.

### Обсуждение

Таким образом, у больной сифилисом на фоне ВИЧ-инфекции развились нетипичные больших размеров с обильным крупнопластинчатым шелушением кольцевидные и монетовидные сифилиды,

что создало трудности в дифференциальной диагностике специфичности этих высыпаний. Неоднократные положительные результаты трепонемных и нетрепонемных тестов, данные о заболевании сифилисом полового партнера и регресс слившихся папулезных высыпаний на фоне специфической антибактериальной терапии подтвердили их сифилитическую природу.

Множественные, гипертрофированные нетипичные сифилиды у больного сифилисом на фоне инфицирования ВИЧ, ВГВ и ВГС, манифестация герпесвирусной инфекции демонстрируют необходимость дополнительного обследования пациентов с подобными сифилитическими проявлениями на вирусные ИППП.

При сочетании сифилиса с вирусными ИППП должно быть назначено специфическое антибактериальное лечение в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи и рекомендовано диспансерное наблюдение у дерматовенерологов и инфекционистов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Tobian A.A., Quinn T.C.* Herpes simplex virus type 2 and syphilis infections with HIV: an evolving synergy in transmission and prevention. *Curr Opin HIV AIDS* 2009; 4: 4: 294—299.
2. *Pialoux G., Vimont S., Moulignier A., Buteux M., Abraham B., Bonnard P.* Effect of HIV infection on the course of syphilis. *AIDS Rev* 2008; 10: 2: 85—92.
3. *Потекаев С.Н.* Влияние ВИЧ-инфекции на клинические и серологические проявления сифилиса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1996.
4. *Karp G., Schlaeffer F., Joikowitz A., Riesenber K.* Syphilis and HIV co-infection. *Eur J Intern Med* 2009; 20: 1: 9—13.
5. *Жулимова Н.Л., Герасимова Н.М., Полканов В.С., Кунгуров Н.В., Гомберг М.А., Сурганова В.И., Егоров А.Г., Левчик Н.К., Киселева Н.В., Уфимцева М.А., Чернокутова О.С.* Клинико-серологические и биохимические особенности сифилиса у пациентов, инфицированных вирусами гепатитов В и С. *ИППП* 2002; 6: 23—26.
6. *Скрипкин Ю.К., Бутков Ю.С., Иванов О.Л.* Дерматовенерология. Национальное руководство. М: ГЭОТАР-Медиа 2013.
7. Centers for Disease Control and Prevention CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. *MMWR* 2010; 59 (RR-12). *MMWR Recomm Rep* 2010; 59: RR—4: 1—86.
8. *Цыбикова Н.М., Губич Е.С., Гулякова Л.К.* Особенности клинического течения вторичного сифилиса у ВИЧ-инфицированного больного. *Рос журн кожн и вен бол* 2006; 3: 46—47.
9. *Елькин В.Д., Коломойцев А.В., Снычева М.А.* Случай сифилитической ресуперинфекции у ВИЧ-инфицированного. *Рос журн кожн и вен бол* 2012; 6: 66—67.
10. *Дерматовенерология: клинические рекомендации.* Под ред. А.А. Кубановой. М: ДЭКС-Пресс 2010.
11. *Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями. Клинические рекомендации.* Под ред. А.А. Кубановой. М: Деловой Экспресс 2012.