

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СИФИЛИСА

А.Н. Родионов, А.В. Севашевич, Е.С. Середова, Е.В. Ходасевич

ГУЗ Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург

ВИЧ-инфекция по большинству эпидемиологических признаков сходна или практически идентична сифилису. В этой связи накопленный за многие века опыт дерматовенерологии в борьбе с сифилисом следует использовать в организации профилактических мероприятий в эпоху эпидемии ВИЧ-инфекции.

Сходство ВИЧ-инфекции и сифилиса касается особенностей возбудителей, источников заражения, условий и путей передачи инфекции и контингентов людей, подвергшихся риску заражения. Также как бледная трепонема, ВИЧ обитает только в человеческом организме с частой локализацией в половых органах; он крайне нестоек во внешней среде, имеет аналогичные условия и пути передачи (половой, бытовой, трансфузионный и внутриутробный); для обоих заболеваний характерен более или менее длительный латентный период. ВИЧ-инфекция, также как и сифилис, отличается чрезвычайной пестротой клинических проявлений и может поражать любой орган. И, наконец, оба заболевания отличаются от других инфекций тем, что их распространение связано не только с особенностями возбудителей, но прежде всего с поведением людей и их сексуальными привычками. При эпидемиях различных инфекций вероятность заболевания чело-

века мало зависит от его поведения и желания поставить себя в опасное для заражения положение. Напротив, заражение ВИЧ, также как бледной трепонемой в подавляющем большинстве случаев связано с поведением людей. Сложившаяся в настоящее время эпидемиологическая ситуация требует рассмотрения вопроса о внедрении для борьбы с ВИЧ-инфекцией оправдавшего себя в профилактике венерических болезней диспансерного метода. В качестве примера приводим наше наблюдение молодой женщины, обратившейся к венерологу в связи с ухудшением самочувствия, подъемом температуры, с ангиной, поражением кожи и слизистых, сопровождающихся полиаденитом. При обследовании серологические реакции на сифилис и на ВИЧ-инфекцию (ИФА) были отрицательными. Клинические проявления расценены как мононуклеозоподобный синдром, связанный с инфекцией ВИЧ. При тщательном клинико-серологическом контроле дерматовенеролог спустя 5 недель от обращения выявил ВИЧ-инфекцию. Диагноз подтвержден в центре СПИД. Клинико-эпидемиологическая настороженность позволила своевременно в кратчайший срок поставить диагноз и предупредить распространение ВИЧ-инфекции.

К ВОПРОСУ О СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ СИФИЛИСА

Т.С. Смирнова, Г.Н. Бурыкина, А.В. Севашевич, И.В. Литвиненко

ГУЗ Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург

Несмотря на внедрение новых схем лечения, включающих мегадозы пенициллина и антибиотиков резерва при различных способах их введения, проблема серорезистентности остается нерешенной.

Клинико-серологический контроль в первые полтора года по окончании лечения позволяет определить серологическую серорезистентность по титрам РВ и микрореакции для решения вопроса о необходимости дополнительного лечения.

Определенные трудности в трактовке серологических реакций возникают при определении критерия излеченности и снятии с учета.

В консультативное лечебно-профилактическое отделение ГорКВД за 2002–2003 гг. было направлено 198 пациентов для решения вопросов о снятии их с учета и определении тактики дальнейшего ведения. Среди них было 33 мужчин и 165 женщин, из которых 38 были беременны на разных сроках. По нашим данным, серорезистентность у женщин встречалась в 4 раза чаще, чем у мужчин. Беременность, ее прерыва-

ние неблагоприятно сказывались на сроках негативации серологических реакций.

Первично пролечены в связи с первичным сифилисом — 6 человек; вторичным кожи и слизистых — 47; скрытым ранним — 129; скрытым поздним и неуточненным — 7; ранним нейросифилисом — 8; поздним — 1. Среди них у 15 больных заподозрена реинфекция.

Все больные пролечены в соответствии с инструкциями МЗ РФ: внутривенным введением натриевой соли пенициллина — 71, в том числе 41 — получил дополнительный курс в связи с серорезистентностью; внутримышечно растворимыми и дюранными препаратами пенициллина — 118 человек, в том числе 49 из них также получили дополнительное лечение по серорезистентности. Альтернативные препараты применялись у 9 человек. Сроки клинико-серологического контроля больных в КВУ составили от 1,5 лет до 5 лет. Положительные реакции Вассермана с двумя антигенами были у 181 больного; в титрах от 1/20 до 1/80 —

у 30%. Положительные РИФ, РПГА, IgG были у всех пациентов, РИТ — у 98,5%. IgM не выявлены ни у кого из больных.

Хотя у одной больной с выявленным ранним нейросифилисом РИТ была только 30%.

Все пациенты целенаправленно осмотрены терапевтом, инфекционистом, ЛОР-врачом, окулистом и неврологом.

Неврологические патологические симптомы (анизокория, снижение реакции на свет и конвергенцию, анизореклексия и др.) выявлены у 28% обследованных. Патология органов зрения (увеит, папиллит, нейтропатия и ангиопатия сетчатки, хориоретинальная дистрофия, атрофия зрительного нерва) найдены у 26%, диссоциация костно-воздушной проводимости слуха — у 14%.

Тяжелой специфической соматической патологии у обследованных больных не выявлено.

Диагностическая люмбальная пункция произведена 59 пациентам. У половины из них диагностирован ран-

ний нейросифилис. При этом частота его выявления не зависела от степени позитивности КСР. Серологические реакции крови и ликвора у 6 больных, адекватно пролеченных ранее, остались положительными.

Среди консультированных больных 87 человек нуждались в дообследовании и дополнительном лечении, 47 — в продолжении сроков КСК, с диагнозом «серологическая фиксация сифилиса» сняты с диспансерного наблюдения 25 человек.

Таким образом, высокий процент больных сифилисом, с выявленной специфической патологией после полноценного лечения, обязует своевременно обследовать их смежными специалистами.

Рост выявляемости нейросифилиса в последние годы даже у адекватно пролеченных больных, указывает на необходимость моделирования схем лечения сифилиса. Целесообразно включение в та-кие схемы ангиопротекторов, нейтропных средств, иммунопрепаратов, общеукрепляющих методов терапии.

НЕЙРОПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА

О.Э. Полухина

Городская кожно-венерологическая больница №6, Санкт-Петербург

Заболеваемость сифилисом снижается в течение последних нескольких лет. Возможно, более правильно было бы говорить о снижении регистрируемой заболеваемости сифилисом. Вместе с тем, увеличение удельного веса сифилиса скрытого раннего, вторичного рецидивного свидетельствует о позднем выявлении заболевания и общем неблагополучии. Остается стабильно высоким и выявление нейросифилиса.

Известно, что выявление нейросифилиса пропорционально количеству люмбальных пункций. Сложности, связанные с этим методом диагностики понятны, мешает предубеждение наших пациентов против этой процедуры, не имеющее под собой реальной основы. Количество пункций прямо пропорционально настойчивости и способности к убеждению лечащего врача. В Городской кожно-венерологической больнице №6 ликворологическое обследование пациентов проводится с 1997г., количество пункций с каждым годом увеличивается, что позволяет проводить анализ заболеваемости нейросифилисом, активности его выявления, а также тактики ведения этих пациентов.

Диагноз нейросифилиса выставляется на основании клинических проявлений и результатов исследования спинномозговой жидкости. Не все пациенты, имеющие неврологическую симптоматику, соглашаются на люмбальные пункции. До 2003 года мы позволяли себе диагностировать ранний нейросифилис /в частности менингovasкулярный/ при наличии у пациента неврологической симптоматики и его отказе от пункции. Специфичность процесса подтверждалась разрешением клинических проявлений под влиянием специ-

фической терапии. По всей видимости, диагноз этот не совсем корректен с точки зрения доказательной медицины, в настоящее время, мы считаем необходимым обязательное подтверждение диагноза результатами анализа спинномозговой жидкости. Разумеется, пациенты, у которых прослеживается неврологическая симптоматика, получают специфическую терапию в полном объеме независимо от того, соглашаются они на пункцию или нет, но без изменения диагноза.

В ликворе оценивается количественный и качественный клеточный состав, содержание белка и КСР, включая микрореакцию. Естественно, проводится постановка РИФ с цельным ликвором, но этот тест не считается нами достаточным для постановки диагноза. Известно, что РИФ в ликворе становится положительной уже на стадии первичного сифилиса /что и выявлено нами у 2 пациентов с сифилисом первичным серопозитивным/. Пациенты в обязательном порядке осматриваются окулистом, отоларингологом и неврологом. К сожалению, нам недоступны серьезные рентгенологические исследования. Так, за год всего 5 пациентов сделали магнитно-резонансные томограммы. Количество пациентов, нуждающихся в этом исследовании, было примерно в 5 раз больше.

Клинический диагноз выставляется лечащим врачом совместно с неврологом.

В 2001 г. на базе КВБ №6 было сделано 123 люмбальных пункций. Выявлено нейросифилиса раннего 57 случаев, нейросифилиса позднего — 10. В 2002 г. количество люмбальных пункций увеличилось до 140, выявлено нейросифилиса раннего 80 случаев, нейроси-