

## ЛИТЕРАТУРА

1. Макаревич, А. В. Радиопоглощающие полимерные композиционные материалы в технике СВЧ / А. В. Макаревич, В. А. Банний // *Материалы, технологии, инструменты*. — 1999. — Т. 4, № 3. — С. 24–32.
2. Банний, В. А. Взаимодействие СВЧ-излучения с полимерным композитным электромагнитным экраном: физические модели и эксперимент / В. А. Банний, В. А. Гольдаде, Л. С. Пинчук // *Материалы, технологии, инструменты*. — 2008. — № 2. — С. 45–51.
3. Vanyu, V. A. Radioabsorbing composite materials based on thermoplastics: production technology and structural optimization principles / V. A. Vanyu, A. V. Makarevich, L. S. Pinchuk // *Proc. of 33rd European Microwave Conference (EuMC2003)*. — Munich, Germany, 2003. — P. 1123–1126.
4. Эффективность несвязанной воды как радиопоглощающего компонента электромагнитных экранов при отрицательных температурах / В. А. Ломач [и др.] // *Материалы, технологии, инструменты*. — 2011. — № 4. — С. 41–41.
5. Кнорре, Д. Г. Физико-химическая биология: достигнутые рубежи и новые горизонты / Д. Г. Кнорре // *Acta Nature*. — 2012. — № 2 (13). — С. 36–43.

УДК 616-097-022:578.828.6-06:616.972-036.22

### ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СИФИЛИС

*Баранова Е. К.<sup>1</sup>, Полин И. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Сходство ВИЧ-инфекции и сифилиса касается особенностей возбудителей, источников заражения, условий и путей передачи инфекции, а также континентов людей, подвергающихся риску заражения. Бледная трепонема, как и вирус иммунодефицита, обитает только в человеческом организме с частой, но не постоянной локализацией в области гениталий; он крайне нестоек во внешней среде и быстро погибает под воздействием неблагоприятных факторов внешней среды. ВИЧ и бледная трепонема имеют практически идентичные условия и пути передачи возбудителей. Для обоих заболеваний характерен длительный инкубационный период. В связи с чем есть общность путей передачи ВИЧ и бледной трепонемы: возможность одновременного заражения человека возбудителями обоих заболеваний. Больные ВИЧ-инфекцией являются группой риска для заражения бледной трепонемой, и, наоборот, больные сифилисом часто заражаются ВИЧ [1, 2, 3]. Одновременное наличие у больного ВИЧ-инфекции и сифилиса представляет собой не просто сочетание двух инфекционных заболеваний, а двух наиболее тяжелых инфекций, передающихся преимущественно половым путем, что может существенно изменять клиническую картину и течение обоих заболеваний. Сифилис, включая нейросифилис, может быть первым проявлением ВИЧ-инфекции, поэтому все эти больные должны обследоваться на наличие сифилиса [4, 5].

Особенности клинической картины сифилиса у ВИЧ-инфицированных:

1. При первичном сифилисе отмечается развитие болезненного твердого шанкра, чаще всего обусловленное суперинфекцией золотистым стафилококком.

2. В клинике вторичного периода сифилиса преобладают папулезные элементы, склонные к слиянию и локализации на лице. Часто возникает картина злокачественного сифилиса, характеризующегося пустулезными сифилидами, преобладание во вторичном периоде папулезных сифилидов, язвенных шанкров и эрозивных папул (С. Н. Потехаев, Н. С. Потехаев) характерны для сочетания сифилиса с ВИЧ-инфекцией, выраженными общими явлениями: лихорадкой, слабостью, головной болью и т. п. Возможно так называемое галопирующее течение сифилиса, когда на фоне вторичных сифилидов появляются высыпания третичного периода сифилиса (бугорки, гуммы).

3. Развитие третичного периода и нейросифилиса возможно в течение первого года болезни сифилисом.

4. Характерна большая вероятность развития сифилиса глаз в виде ретробульбарного неврита зрительного нерва.

ВИЧ-инфекция может изменить естественное течение сифилиса, что затрудняет диагностику и лечение. Сифилис на фоне СПИДа приобретает иногда злокачественное течение с тяжелыми атипичными проявлениями. Особенно это касается вторичного периода, проявления которого могут имитировать разнообразные варианты пиодермии, изъязвлений, микозов, кератодермий подошв и ладоней, псориаза, гранулеза Вегенера, болезни Крона, лимфаденопатического симптомокомплекса [1, 4, 5]. На фоне ВИЧ-инфекции поражения нервной системы, двустороннее снижение остроты зрения развиваются в пределах 1-го года после заражения сифилисом. Стремительное течение, большая доля редких, атипичных и тяжелых форм, возможная инверсия клинических и серологических проявлений.

В Гомельской области на 01.01.2015 г. выявлено 536 ВИЧ-инфицированных с ИППП.

В 2014 г. у ВИЧ-инфицированных произошел прирост заболеваемости сифилисом (с 2 до 5 случаев) и трихомониазом (с 3 до 9 случаев), зарегистрирован 1 случай хламидиоза (в 2013 г. не было).

Выявляемость ВИЧ-инфекции при обследовании больных с ИППП составила 1,8 % в 2014 г., и 1,7 % — в 2013 г.

#### **Материалы и методы исследования**

В статье описан случай сочетания ВИЧ-инфекции и сифилиса у женщины 21 года, находившейся на стационарном лечении в УО «Гомельский областной кожно-венерологический диспансер».

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациентка, К. 11.03.15 поступила на стационарное лечение в ДВО № 3 УГОККВД с диагнозом: Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек по направлению КВК районного ТМО.

В анамнезе: Родилась и выросла в РБ, образование среднее специальное. Не работает. Не замужем. Рост — 156 см; вес — 49 кг. Половая жизнь с 16-ти лет. Ведет беспорядочную половую жизнь. Акушерско-гинекологический анамнез без особенностей. Из перенесенных заболеваний — простудные, болезнь Боткина. Венерические болезни отрицает. С 2013 г. состоит в кабинете инфекционных заболеваний Житковичской ЦРБ, как ВИЧ-инфицированная. От обследования на базе инфекционной УГОИКБ отказалась, противовирусную терапию по ВИЧ-инфекции не получала.

Соматический анамнез: Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела — 38,8 °С. Сознание ясное, телосложение астеническое. Периферические лимфоузлы увеличены (подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые, коленные), плотно эластичные, безболезненные. АД 105/60 мм рт. ст., пульс 106 ударов в минуту, ритмичный. Сердечные тоны — ритмичные. Дыхание жесткое. Живот мягкий, доступен для глубокой пальпации, безболезненный. Стул, диурез — без особенностей.

Локальный статус: На коже лица, шеи, туловища, конечностях — множественная розеолезная сыпь. Папулезный сифилид был представлен лентикулярными папулами, сочного темно-вишневого цвета, уплощенный; пустулезные элементы, по периферии которых имелся валик инфильтрата, с «пупкообразным» вдавлением в центре («оспенovidный» пустулезный сифилид). Многие элементы сливаются между собой. На внутренней поверхности нижней губы — эрозированная папула, до 1,5 см в диаметре, насыщенно красного цвета, слегка возвышающаяся над общим уровнем.

Обследования: серологическое исследование крови от 13.03.15.

МРП — р. положительна (4+), т. с. 1:16; ИФА сумм. — положительно; IgM — положительно; IgG — нет наборов; Риф абс. — р. положительно (4+); Риф 200 — р. Положительно (4+); Риф кол — т.с. 1:1600; РПГА — положительно (3+).

Общий анализ крови от 12.03.15: эритроциты  $3,66 \times 10^{12}$  (гипохромия эритроцитов, незначительно выражена), НВ — 118 г/л; лейкоциты —  $5,0 \times 10^9$ , юные — 1 %, палочек — 16 %, сегментоядерные — 56 %, лимфоциты — 21 %, моноциты — 5 %, СОЭ — 53 мм. ч.

Общий анализ мочи от 12.03.15: удельный вес — 1014, белок — нет, глюкоза — отрицательно, КПЭ — в большом количестве, лейкоциты — 4–5, слизь+++.

В соскобе (12.03.15) обнаружены ключевые клетки; гонококки, трихомонады не обнаружены.

Флюорография от июня 2015 г. в ТМО — органы грудной клетки в пределах нормы.

16.03.15 осмотрена врачом ВДК УГОИКБ по ВИЧ-СПИД. Выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, 3 клиническая стадия по классификации ВОЗ 2012: Орофарингеальный кандидоз, генерализованная лимфаденопатия, кандидозный вульвовагинит; дефицит массы тела 10 %. Фебрильная лихорадка. Кандидоз пищевода?

16.03.15 — на фоне проводимого специфического лечения сифилиса в ДВО № 3 сохранялась фебрильная температура, поэтому с целью лечения ВИЧ-инфекции и дообследования, переведена в УГОИКБ.

Данные лабораторных и инструментальных исследований (из выписки от 30.03.15 УГОИКБ):

Биохимический анализ крови от 17.03.15: общий билирубин — 7,8; общий белок — 71,1; тимоловая проба — 21,7; АЛТ — 63,6; АСТ — 57,7; ЩФ — 364,5; В-ЛП — 74,0; ХЛ — 3,0; мочевины — 3,3; амилаза — 3,9.

Глюкоза крови от 17.03.15: 3,9 ммоль-л.

Общий анализ крови от 17.03.15: эритроциты  $3,63 \times 10^{12}$ /л; НВ — 96 г/л; тромбоциты —  $382 \times 10^9$ /л; лейкоциты —  $5,0 \times 10^9$ , сегментоядерные — 69,2 %; лимфоциты — 20,6 %; моноциты — 10,2 %; СОЭ — 9 мм.ч.; ПТИ — 1,0.

От 23.03.15: эритроциты  $3,5 \times 10^{12}$ /л; НВ — 91 г/л; тромбоциты —  $612 \times 10^9$ /л; лейкоциты —  $5,4 \times 10^9$ ; сегментоядерные — 67,2 %; лимфоциты — 21,4 %; моноциты — 11,4 %; СОЭ — 8 мм. ч.

Общий анализ мочи от 17.03.15: удельный вес — 1014; белок — нет; глюкоза — отрицательно; КПЭ — в большом количестве; лейкоциты — 4–5, слизь+++.

От 20.03.15: удельный вес — 1006; белок — нет; глюкоза — отрицательно; КПЭ — 3–4; лейкоциты — 10–12.

Анализ мочи по Нечипоренко от 20.03.15: лейкоциты — 6,0; эритроциты — 0,25.

Мазок из зева на грибы р. *Candida* от 19.03.15: обнаружено 10 × 7 КОЭ.

Кровь на маркеры к ВГ от 03.03.15: HBSAg — отр., аHCVtot — отр.

Исследование СМЖ от 18.03.15: бесцв. прозрачная, общий белок — 0,251 г-л.; глюкоза — 2,77 ммоль-л.; цитоз — 23/3; лимф. — 99 %. Туб. пленка не выявлена. Серологические исследования СМЖ: МРП отр., Риф ц — пол (3+); РПГА — пол (3+).

ПЦР ликвор от 18.03.15: DNAHSV 1,2 — отр.; DNACMV — отр.; DNAEBV — отр.; DBAtoxo — отр.

От 19.03.15. DNAHSV 1,2 — отр.; DNACMV — отр.; DNAEBV — обнаружен (49050 Mc-мл); DBAtoxo — отр.

Микроскопия мокроты на КУБ от 24.03.15: положительна (3+); Бак. Исследование на туберкулез (мокрота) Genexpert.

От 24.03.15: МТБ обнаружен, Риф — отр.

Ультразвуковое исследование от 24.03.15: Умеренная гепатомегалия, выраженные диф. изменения в печени, правосторонний гидроторакс.

Рентгенография органов грудной клетки от 19.03.15: Справа в проекции С6 инфильтрация средней интенсивности с нечетким наружным контуром. Подчеркнута междолевая плевра. Правый корень расширен, малоструктурный. Слева — без особенностей. Синусы завуализированы на правом боковом, передний и задний синус не просматриваются (жидкость?).

От 25.03.15: R-картина без динамики.

Лечение: Ко-тримаксазол 960 мг; флуконазол 150 мг; ацецекс, парацетамол, лефлос 500 мг; бензилпенициллина натриевая соль, фиклофенок, литическая смесь, левофлоксацин.

25.03.15: пациентка К, переведена в УГОКТБ, где был выставлен диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, осложненный правосторонним экссудативным плевритом. МБТ-, Ia-группа диспансерного учета. ВИЧ-инфицированная, 3 клиническая группа по классификации ВОЗ 2012 г.

На момент написания статьи, пациентка, К. продолжает лечение на базе УГОКТБ.

Серологическое исследование крови в ходе лечения: МРП от 03.04.15 — р. положительно (4+), т. с. 1:16.

От 24.04.15: р. положительно (4+), т. с. 1:8

### **Заключение**

Клинические проявления сифилиса на фоне ВИЧ-инфекции характеризуются ускоренным течением, четким сосудистым компонентом вторичных сифилидов, распространенностью элементов: множественной розеолезной сыпью, необычными клиническими проявлениями — темно-вишневые сочные папулы, «оспенovidные» пустулезные сифилиды, сливающиеся между собой элементы, повышенной контагиозностью (у всех обследованных половых партнеров пациентки, К., диагностированы разные стадии сифилитической инфекции).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Лосева, О. К. Отдаленные результаты лечения экстенциллином больных ранними формами сифилиса / О. К. Лосева, О. В. Доля, А. Г. Чиханатова // Вестник дерматологии и венерологии. — 1998. — № 3. — С. 70–73.
2. Лосева, О. К. Современный нейросифилис: клиника, диагностика, лечение / О. К. Лосева, Э. Ш. Тактамышева // Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 6, № 15. — С. 981–984.
3. Овчинников, Н. И. Атлас электронной микроскопии некоторых представителей рода трепонем, рода нейссерий и трихомонад / Н. И. Овчинников, В. В. Делекторский. — М.: Медицина, 1974. — 74 с.
4. Павловская, Н. А. Роль иммунного ответа в патогенезе СПИДа / Н. А. Павловская // Русский медицинский журнал. — 1997. — № 4. — 254 с.
5. Панкратов, О. В. Сифилис у беременных и детей / О. В. Панкратов. — Минск: Ипати, 2007. — 360 с.

**УДК 616.7-08:615.814.1**

## **РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСАЛГИЕЙ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ**

**Барбарович А. С., Латышева В. Я.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

В современной русскоязычной медицинской литературе термин «боль в спине» является наиболее популярным и согласно МКБ-10 определяется как «дорсалгия» и «дорсопатия». Термином «дор-