

# Випадок інфекцій, що передаються статевим шляхом, у поєднанні з ВІЛ-інфекцією

Т.В. Осінська

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

## Резюме

**Вступ.** Спорідненість джерел інфікування, домінування статевого шляху передачі, а також приналежність до контингенту осіб, що мають ризик зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), і вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), обумовлюють можливість одночасного інфікування збудниками цих захворювань.

**Мета роботи** – вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики й лікування ІПСШ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією.

**Матеріали і методи.** Наведено клінічний випадок ІПСШ на тлі ВІЛ-інфекції у жінки віком 41 рік, описано діагностику та методи лікування.

**Результати.** Описано окремий випадок ІПСШ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією у жінки віком 41 рік, наведено дані анамнезу, клінічного перебігу, психоемоційного стану, об'єктивного, лабораторного та інструментального дослідження, результати лікування пацієнтки. Наведені дані демонструють, що наявність в аногенітальній ділянці виразок, що довго не загоюються на тлі місцевої терапії, може бути першим проявом ІПСШ на тлі ВІЛ-інфекції. Повний комплекс дослідження на ІПСШ/ВІЛ, з урахуванням імунологічного статусу, став визначальним для встановлення діагнозу і призначення етіопатогенетичної терапії, що призвело до поліпшення стану хворої, а саме повної епітелізації виразок і регресу уrogenітальної симптоматики.

**Висновки.** Наявність злоякісного виразкового процесу в аногенітальній ділянці при ІПСШ, зокрема герпетичної та трихомонадної етіології, є одним із маркерів ВІЛ/СНІДу.

**Ключові слова:** ІПСШ, герпес, трихомоноз, сифіліс, ВІЛ, клінічний випадок.

**DOI:** 10.33743/2308-1066-2021-3-35-40

## Вступ

Питання протидії інфекціям, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), і ВІЛ-інфекції в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань. В Україні в останнє десятиліття було зареєстровано більш ніж 1 млн нових випадків ІПСШ і більш ніж 340 тис. нових випадків зараження ВІЛ, що відносить нас до регіону з високим рівнем поширення ІПСШ/ВІЛ серед країн Центральної Європи і Східної Азії [13].

В Україні найвищий показник зростання захворюваності на сифіліс спостерігався в 1995–1998 рр., при цьому інтенсивний показник перевищував 150,9 випадку на 100 тис. населення. Починаючи з 1998 р. відзначається зниження захворюваності, зокрема, в 2019 р. інтенсивний показник становив 5,9 випадку (чоловіки – 7,3, жінки – 4,7) на 100 тис. населення України, при чому відбувалось постійне зростання питомої ваги пізніх і неуточнених форм сифілісу з 9,6% в 2008 р. до 30,9% в 2018 р. [6, 8, 12].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), уrogenітальний трихомоноз (УТ) продовжує займати лідируюче положення серед ІПСШ. Щорічний

світовий показник захворюваності на УТ становить близько 270 млн чоловік, у тому числі в Україні щороку офіційно реєструють у середньому близько 250 тис. хворих, і, що викликає особливу тривогу, у 40% жінок і 30% чоловіків фертильного віку [7, 13].

Захворюваність на статеві інфекції, спричинені вірусом простого герпесу (ВПГ), серед населення світу поступово зростає. Зокрема, за оцінками експертів, у всьому світі ВПГ-1 інфіковані близько 3,7 млрд осіб віком до 50 років (67% населення), а ВПГ-2 – 417 млн осіб віком від 15 до 49 років (11%), при цьому близько третини жінок дитородного віку інфіковані ВПГ-2.

В Україні ВПГ є однією з найпоширеніших ІПСШ, і, за екстрапольованими даними (відсутність офіційної реєстрації), інтенсивний показник інфікованості ВПГ, що передаються статевим шляхом, становить від 100 до 120 на 100 тис. населення [1]. Особливу пересторогу викликає виразковий герпес, при якому у хворих на звичайних місцях герпетичних висипань формуються виразки, що можуть зливатися, утворюючи великі виразкові поверхні, що не загоюються впродовж більш ніж 3 міс і належать до СНІД-маркерних захворювань. Хворі з такими проявами ВПГ-інфекції

підлягають обов'язковому ретельному обстеженню на ВІЛ-інфекцію [14].

Слід відмітити, що спорідненість джерел інфікування, статевий шлях передачі, а також приналежність до контингенту осіб, що мають ризик зараження ППСШ і ВІЛ, створюють можливість одночасного інфікування збудниками цих захворювань. На сьогодні доведено, що ППСШ істотно збільшують імовірність зараження ВІЛ при статевому контакті, оскільки пошкодження тканин, ерозії та виразки, запалення, імунні порушення зумовлюють суттєве зниження факторів захисту організму. Виразкові і невиразкові ППСШ (сифіліс, герпес, трихомоноз тощо) сприяють поширенню ВІЛ шляхом збільшення як вірулентності ВІЛ, так і сприйнятливості до нього організму [9, 11].

Ця проблема особливо актуальна, тому що в Україні триває епідемія, спричинена ВІЛ, у тому числі з доведеним домінуванням статевого шляху інфікування. Аналіз ситуації з ВІЛ/СНІДу свідчить, що контроль за епідемією здійснюється не повною мірою: лише кожна друга ВІЛ-інфікована особа знає про свій позитивний статус і звертається до медичного закладу [5, 9]. Всього з 1987 р. в країні зареєстровано понад 340 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції і понад 50 тис. осіб померло від СНІДу [6].

За даними Центру громадського здоров'я України [8], особливо загрозливим є несвоєчасне звернення по медичну допомогу й лікування людей, які живуть з ППСШ/ВІЛ-інфекцією, а відтак пізніше виявлення СНІДу і поєднаних форм ППСШ/ВІЛ-інфекції та туберкульозу, що обумовлює високий рівень смертності серед хворих [8]. Тому надзвичайно актуальним є комплексність і послідовність у підходах різних спеціалістів, що поєднують профілактичні й лікувально-діагностичні програми на державному і регіональному рівнях в єдину дієву систему протидії ППСШ/ВІЛ-інфекції [11, 13].

**Мета роботи** – вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики і лікування ППСШ, що поєднується з ВІЛ-інфекцією.

### Матеріали і методи дослідження

Наведено клінічний випадок ППСШ на тлі ВІЛ-інфекції в жінки віком 41 рік, описано діагностику ППСШ [2–4] з урахуванням дослідження порушень психоемоційного стану за допомогою госпітальної шкали тривогої і депресії (HADS) [15], а також методи лікування.

### Клінічний випадок

Хвора N., віком 41 рік, була направлена на консультацію лікарем-дерматовенерологом приватного медичного центру та в подальшому госпіталізована у відділення ППСШ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (ДУ «ІДВ НАМН України»).

Дослідження виконано відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації з дозволу комісії з біоетики ДУ «ІДВ НАМН України» за наявності добровільної інформованої письмової згоди пацієнта.

Хвора була проконсультована завідувачем сектора вивчення впливу епідемії ВІЛ-інфекції на проблему ППСШ ДУ «ІДВ НАМН України», зав. кафедри дерматовенерології і ВІЛ/СНІДу Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, доктором медичних наук, професором Г.І. Мавровим.

Скарги при госпіталізації: загальна слабкість, емоційна пригніченість і тривожність, порушення сну, зниження апетиту і втрата ваги; наявність множинних болючих виразок на статевих органах і в періанальній ділянці, печіння, свербіж і рясні виділення з піхви з різким неприємним «рибним» запахом, прискорене сечовипускання, відчуття «тяжкості» внизу живота, а також біль під час статевих контактів і акту дефекації.

З анамнезу хвороби відомо, що описані скарги збереглися протягом 7 останніх місяців, а саме виразки (спочатку – в періанальній ділянці і на сідницях, а згодом – на статевих губах і промежині), з приводу яких хвора неодноразово зверталася до гінекологів, проктологів і дерматологів. За цей час неодноразово проводилися різні обстеження (мікробіологічні, клінічні, біохімічні) і місцеве лікування з приводу періанального дерматиту (стероїдна, антибактеріальна, протигрибкова, регенеративна терапія) без позитивної динаміки (збільшення кількості й розмірів виразок без ознак загоєння). Хвора самостійно приймала протигерпетичні та антибактеріальні препарати короткими курсами.

Заслужовував на увагу факт з анамнезу, що в пацієнтки у віці 22 років (19 років тому) під час вагітності було діагностовано пізню приховану форму сифілітичної інфекції, з приводу чого хвора одержала повноцінний курс етіологічного лікування згідно з нормативним документам МОЗ України [2] і була знята з обліку після контрольних досліджень. Саме цей факт з анамнезу і відсутність успіху від лікування суміжними спеціалістами спонукав лікаря-дерматовенеролога направити хвору в ДУ «ІДВ НАМН України» для надання кваліфікованої високоспеціалізованої медичної допомоги (3-го рівня) щодо уточнення діагнозу і проведення комплексу лікувально-діагностичних і профілактичних заходів.

Анамнез життя: матеріально-побутові умови життя задовільні, мешканка міста, середня спеціальна освіта, працює приватним підприємцем. Початок менструальної функції з 13 років, менструальний цикл у строк, без патологічних особливостей. Початок статевого життя в 16 років, 4 вагітності, з них 1 пологи, 2 медичних аборти та 1 позаматкова вагітність (кровотеча, переливання крові). Розлучена. Наявність постійного статевого партнера не зазначає. Останній статевий контакт 6 міс тому з використанням презерватива. Наявність шкідливих звичок заперечує. Проживає постійно з дитиною 19 років.

Об'єктивно (загальний статус): на момент надходження до стаціонару стан хворої задовільний, відмічається емоційна лабільність. Соматично: хвора низького зросту (150 см), астеничної статури (46 кг, втрата ваги за останній рік становила 8,7%), температура тіла 36,7 °С. Щитоподібна залоза не збільшена. Серцеві скорочення ритмічні, з частотою 65 уд./хв, артеріальний тиск – 115/75 мм рт. ст. Дихання при аускультатії везикулярне, частота дихання – 19 уд./хв. Язик вологий із помірною кількістю білого нальоту по центру. При пальпації живіт м'який, безболісний. Печінка не збільшена, безболісна. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Регіональні лімфатичні вузли не збільшені.

Неврологічний статус: свідомість хворої ясна (за шкалою ком Глазго 15 балів). Інтелектуально-мнестичних порушень немає: орієнтована в часі, просторі, особистості, команди виконує правильно, критична, 26 балів

за шкалою МоСА. Емоційно лабільна з перевагою пригніченого настрою та тривоги. Менінгеальні симптоми негативні. Черепно-мозкова іннервація: очні щілини D=S, зіниці D=S. Фотореакція пряма і співдружня збережена. Рухи очей в повному обсязі. Конвергенція та акомодация збережені. Ністагму немає. Обличчя симетричне. Язик по середній лінії. Ковтання і мова не порушені. Симптоми орального автоматизму негативні. Нюх, смак і слух збережені.

Болісності точок виходу трійчастих нервів немає. Сила м'язів тулуба і кінцівок – 5 балів. М'язовий тонус у нормі. Гіпотрофії і фасцикуляції немає. Обсяг активних і пасивних рухів у суглобах кінцівок повний. Сухожилкові та періостальні рефлекси D=S, жваві. Патологічні рефлекси негативні. Якісних і кількісних порушень поверхневої та глибокої чутливості немає. Складні види чутливості (дисоціативна та дво-мірно-просторова) збережені. Пальценосову і п'ятковоколінну проби виконує без інтенції та промахування. У позі Ромберга не хитається. Хода не порушена. Функція тазових органів не порушена. Об'єктивні дані щодо ураження нервової системи, зокрема, сифілітичною інфекцією, були відсутні.

Під час оцінки психоемоційного стану у хворої були виявлені ознаки афективного розладу у вигляді депресивного стану (за шкалою HADS – 12 балів), тривожного синдрому (за шкалою HADS – 8 балів), когнітивних порушень не виявлено (за шкалою МоСА) [15].

Об'єктивний статус (локальний): на малих і великих статевих губах, вульві, кліторі, лобку, промежині, періанальній ділянці, зовнішньому сфінктері прямої кишки, сідницях на гіперерованій слизовій та шкірній поверхні візуалізуються множинні везикулярні, ерозивні, виразкові і виразково-некротичні елементи розміром 0,3–1 см, які місцями злилися, утворивши виразкові поверхні як з гладенькими, так і з нерівними краями, подекуди покриті кров'яними кірками і оточені яскраво-червоним обідком. Дно виразок м'яке, гладеньке, рожево-червоне, а в деяких елементів – із сирувато-жовтуватим нальотом, кровоточить. Ущільнення в основі виразок відсутні. У ділянці виразок відзначаються значні больові відчуття, печіння і свербіж (рис. 1). На інших поверхнях шкіри і видимих слизових патологічних первинних і вторинних елементів не виявлено.

Слизова піхва та шийки матки гіперерована, набрякла, рихла з поодинокими ерозіями і гнійним ексудатом. У задньому склепінні піхви велика кількість пінистих слизово-гнійних виділень із неприємним різким «рибним» запахом. Тіло матки і придатки в межах вікової норми без патологічних особливостей. Губки уретри помірно гіпереровані, наявні у великій кількості слизові виділення із сечовипускного каналу. Пальпаторно визначалося безболісне збільшення пахових лімфовузлів до 0,5 см.

Хворій був проведений комплекс лабораторних досліджень.

#### Діагностика ІПСШ:

- Мікроскопічне дослідження матеріалу (з уретри, піхви, каналу шийки матки): лейкоцити – 20–40 у полі зору, епітеліальні клітини і слиз – велика кількість, мікрофлора – кокобацилярна, поодинокі клітини, морфологічно схожі на *Trichomonas vaginalis*, наявні *Gardnerella vaginalis* (ключові клітини).



Рис. 1. Виразки в аногенітальній ділянці (до лікування) (тут і далі - фото надано автором)

- Культуральним методом у хворої було підтверджено наявність *T. vaginalis*. Інші види трихомонад, а саме *Trichomonas tenax* і *Pentatrichomonas hominis*, виявлені не були.
- Дослідження на наявність *Chlamydia trachomatis*: методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), прямої імунофлюоресценції (ПІФ) – збудник не знайдений; методом імуноферментного аналізу (ІФА) – відзначався підвищений рівень IgG – 2, 56 г/л і не підвищений рівень IgM.
- Дослідження на наявність *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Neisseria gonorrhoeae*: методом ПЛР – збудники не знайдені; методом ІФА – підвищені рівні IgM та IgG не виявлені.
- Дослідження на наявність вірусу папіломи людини: методом ПЛР – виявлений ВПЛ тип 35 (5,2 Lg) і ВПЛ тип 53 (4,6 Lg) при діагностично значущому рівні Lg >3.
- Дослідження на наявність ВПГ зі слизової шийки матки, виразок слизових і шкіри: за допомогою методу ПЛР виявлено ВПГ-2.
- Дослідження на наявність гепатитів В і С: поверхневий антиген вірусного гепатиту В (HBsAg) і сумарні антитіла до вірусного гепатиту С (антитіла до HCV) не виявлені.
- Дослідження на наявність *Treponema pallidum*, трепонемні тести: ІФА – позитивний 2,420; реакція пасивної гемаглютинації (РПГА) – позитивна 2+/3+; реакція імуноної флюоресценції (РІФ) – негативна; імуноглобуліни до деяких антигенів *T. pallidum*, а саме Membran-Protein TrpN15 – наявні, Membran-Protein TrpN17 – наявні, Membran-Protein TrpN41 – відсутні, Membran-Protein TrpN47 – відсутні; нетрепонемні тести: реакція мікропреципітації (РМП; нативний матеріал) – негативна, РМП (інактивована сировотка) – негативна. Позитивні результати трепонемних тестів і негативні результати нетрепонемних тестів з урахуванням анамнестичних даних щодо проведення повного курсу специфічної терапії і контрольних досліджень у повному обсязі були інтерпретовані як маркери перенесеної та пролікованої сифілітичної інфекції.
- При бактеріологічному дослідженні матеріалу з піхви та виразково-ерозивних елементів шкіри і слизових виявили *Corynebacterium xerosis* в 10<sup>5</sup> КУО/мл. Дослідження на деякі вітаміни та мікроелементи: відзначався ризик недостатнього споживання вітаміну

D [ІХЛ 25-ОН (25-гідроксихолекальциферол)] – 22,90 нг/мл (< 10,0–29,0); не відмічалось зниження вмісту цинку (11,31 мкмоль/л, при нормі 10,7–17,5 мкмоль/л) і ретинолу (вітамін А) (0,360 ммоль/л, при нормі 0,335–0,502 мкмоль/л).

Клінічний аналіз сечі (до лікування): кількість – 30,0 мл, колір – жовтий, реакція рН – 6,5; білок – 0,065 г/л; глюкоза – не виявлено; перехідний епітелій – 2–3 у полі зору, плоский – роговий, лейкоцити – усе поле зору, частина з яких еозинофіли, багато солей у вигляді друз оксалатів, велика кількість бактерій і слизу.

Біохімічний аналіз крові: глюкоза – 3,8 ммоль/л, загальний білок – 83,5 г/л, білірубін загальний – 10,19 мкмоль/л, білірубін кон'югований – 1,37 мкмоль/л, аспартатамінотрансфераза (АсАТ) – 0,86 ммоль/годхл, аланінамінотрансфераза (АлАТ) – 0,57 ммоль/годхл, холестерин – 3,71 ммоль/л, ліпіди високої щільності – 0,86 ммоль/л (рівень менший від 1,55 – ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС)), ліпіди низької щільності – бета-ліпопротеїди 2,29 ммоль/л (рівень вище 2,26 ммоль/л – ризик ІХС), ліпіди дуже низької щільності – пре-бета-ліпопротеїди 0,56 ммоль/л (низький ризик ІХС, оскільки показник у межах норми 0,26–1,04 ммоль/л), тригліцериди – 1,25 ммоль/л (підвищений рівень при нормі до 1,17 ммоль/л), підвищений індекс атерогенності – 3,31 (при нормі < 3).

Клінічний аналіз крові (до лікування): гемоглобін – 90 г/л, еритроцити – переважно гіпохромні,  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити –  $2,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерні – 4%, сегментоядерні – 54%, еозинофіли – 1%, моноцити – 4%, лімфоцити – 37%, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 49 мм/год. Отримані показники свідчили про наявність анемії, лейкопенії, значне підвищення ШОЕ.

При імунологічному дослідженні крові: лейкоцити –  $3,40 \times 10^9$ /л; абсолютне число мононуклеарів – 1598, процентне – 47%; поліморфноядерні лейкоцити – абсолютне число – 1802, процентне – 53%; Т-лімфоцити (CD3) – абсолютне число – 767, процентне – 48%; Т-хелпери (CD4) – абсолютне число – 368, процентне – 23%; Т-супресори/кілери (CD8) – абсолютне число – 304, процентне – 19%; імунорегуляторний індекс (Т-хелпери/Т-супресори) – 1,21; В-лімфоцити (CD22) – абсолютне число – 304, процентне – 19%; імуноглобуліни (мг/мл): IgG – 20,98 мг/мл, IgA – 2,13 мг/мл, IgM – 2,24 мг/мл; імунні комплекси – 226 ум. од.; фагоцитарний індекс (%) – 77%; фагоцитарне число – 4,0; природні кілери (CD16) – 13%; комплемент – 36 СН50; гемолізину – 0,53 од. опт. щ.; лімфоцитотоксичні аутоантитіла – 15%.

Отримані показники імунологічного дослідження крові свідчили про наявність лейкопенії, відносного лімфоцитозу. У клітинній ланці імунітету спостерігалось відносне зниження субпопуляцій Т-лімфоцитів: CD4-клітин з хелперною активністю і CD8-клітин з кілерно-супресорною активністю. В гуморальній ланці імунітету було виявлене підвищення титрів IgM та IgG, що свідчило про загострення хронічного запального процесу. Підвищення вмісту циркулюючих імунних комплексів і лімфоцитотоксичних аутоантитіл свідчить про наявність аутоімунного компоненту. Зниження активності комплементу сироватки свідчило про ослаблення антиінфекційної резистентності організму.

Цитологічне дослідження матеріалу з виразок – патології не виявило.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза виявило гематометру, ознаки аденоміозу, ендометріозу, поліп ендометрію; УЗД органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – аномалію жовчного міхура, холестаза, дифузні зміни підшлункової залози.

Рентгенографія органів грудної клітки, електрокардіографія (ЕКГ) – в межах вікової норми.

При зверненні в клініку Інституту дерматології та венерології пацієнтка відмовилася проходити дослідження на ВІЛ-інфекцію, оскільки, з її слів, в неї був негативний результат 4 міс тому при зверненні в ПМЦ (документального підтвердження надано не було).

На основі скарг, анамнезу хвороби і життя, даних конфронтації, результатів лабораторних і інструментальних досліджень при госпіталізації був встановлений діагноз: «Змішана урогенітальна трихомонадно-бактеріально-герпетична інфекція (ВПГ-2). Маркери перенесеної сифілітичної інфекції (позитивні результати трепонемних і негативні – нетрепонемних тестів). Маркери перенесеної урогенітальної хламідійної інфекції (підвищений рівень IgG). Хронічний уретрит. Хронічний ерозивно-виразковий вульвовагініт. Цервіцит. Ендометріоз. Поліп матки. Ерозивно-виразковий дерматит періанальної ділянки і промежини інфекційно-алергічної етіології. Дискінезія жовчного міхура. Імунодефіцитний розлад неуточнений. Недостатність вітаміну D. Депресивно-тривожний синдром».

На основі встановленого діагнозу хворій була призначена індивідуалізована поетапна терапія (згідно з Наказом МОЗ, Міжнародними клінічними протоколами, Локальним клінічним протоколом ДУ «ІДВ НАМН України»). Перед призначенням терапії було проведено дослідження на наявність алергічної реакції на визначені лікарські засоби за допомогою реакції агломерації лейкоцитів (РАЛ).

Отримане лікування: перший етап – детоксикаційна і протиалергічна терапія (реосорбілакт по 200 мл внутрішньовенно 1 раз на добу протягом 5 діб; дезлоратадин по 5 мг на добу протягом курсу); другий етап – етіологічна терапія (метронідазол по 500 мг внутрішньовенно двічі на добу протягом 14 діб; цефтриаксон по 1 г внутрішньом'язево двічі на добу протягом 10 діб, левофлоксацин по 500 мг внутрішньовенно 1 раз на добу протягом 10 діб; флуконазол по 50 мг на добу протягом всього курсу; валацикловір по 500 мг двічі на добу протягом 10 діб); імунна терапія (циклоферон по 1 ампулі внутрішньом'язево 1 раз на добу за схемою виробника (10 ампул); вітамінотерапія (вітамін D, водний розчин холекальциферолу (вітамін D<sub>3</sub>), по 2000 МО 1 раз на добу протягом 6 тиж); амінокислота аргінін по 100 мл внутрішньовенно 1 раз на добу протягом 10 діб; протизапальна терапія (мелоксикам по 1 ампл. внутрішньом'язево 1 раз на добу протягом 9 діб); інгібітор протонної помпи (омепразол по 20 мг 1 раз на добу упродовж всього курсу лікування); комбінований пробіотик (по 1 капсулі 1 раз на добу протягом всього курсу лікування), гепатопротектори протягом всього курсу лікування; корекція депресивно-тривожного синдрому (бензамід у дозі 100 мг двічі на добу протягом 1 міс, пароксетин по 20 мг на добу протягом 6 міс). Місцева терапія

у вигляді вагінальних супозиторіїв з метронідазолом, в подальшому – з лактобактеріями 1 раз на ніч (10 і 14 діб відповідно); ділянку ерозій і виразок двічі на добу зрошували розчином антисептика у вигляді спрею з умістом октенідину дигідрохлориду і феноксіетанолу. Хворій було категорично заборонено використовувати щоденні гігієнічні прокладки.

Першу позитивну динаміку щодо урогенітальної симптоматики хвора почала відмічати через 4 дні лікування, коли зменшились дизуричні прояви і кількість виділень із піхви, зник неприємний запах. Повний регрес скарг і об'єктивних даних, а саме відсутність гіперемії та набряку слизової губок уретри, піхви та шийки матки, відзначався через 3 тиж лікування.

Епітелізація ерозій і виразок в аногенітальній ділянці розпочалась через 1 тиждень після початку лікування, видима епітелізація – через 2 тиж (рис. 2), повна епітелізація спостерігалась після 4 тиж лікування (рис. 3). Після епітелізації патологічних елементів у періанальній ділянці під час акту дефекації печіння і больових відчуттів не відмічалось.

У процесі лікування спостерігалась позитивна динаміка психоемоційного стану хворої, зменшилась бальна оцінка афективного розладу у вигляді депресивного синдрому (за шкалою HADS – 6 балів), а також тривожного синдрому (за шкалою HADS – 4 бали). За час лікування вага хворої збільшилася на 1,5 кг (3,3%). На тлі терапії у хворої відзначалося покращення деяких лабораторних показників, а саме: в клінічному аналізі крові – підвищення гемоглобіну – з 90 до 105 г/л, еритроцитів – з  $3,2 \times 10^{12}$ /л до  $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитів – з  $2,2 \times 10^9$ /л до  $3,1 \times 10^9$ /л; у клінічному аналізі сечі – відсутність бактерій, зменшення кількості слизу та лейкоцитів до поодиноких у полі зору; в мікроскопії мазка з піхви й уретри – поодинокі лейкоцити і зменшення кількості слизу.

У процесі лікування з позитивною динамікою урогенітальної та шкірної симптоматики, а також завдяки стабілізації психоемоційного стану і встановленню довірчих відносин із лікарем хвора прийняла рішення пройти тестування на ВІЛ-інфекцію на базі Харківського обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом. Слід підкреслити, що тестування на ВІЛ, відповідно до законодавства України, є добровільним і безкоштовним. Інформація про результат



Рис. 2. Виразки, зумовлені ІПСШ/ ВІЛ-інфекцією, в аногенітальній ділянці (стадія епітелізації, 14-й день лікування)



Рис. 3. Епітелізація виразок, зумовлених ІПСШ/ ВІЛ-інфекцією, в аногенітальній ділянці (28-й день лікування)

обстеження є конфіденційною. При бажанні пацієнта тестування проводиться анонімно [3–5]. Після дослідження пацієнтка добровільно надала інформацію про позитивний результат тестування на ВІЛ-інфекцію. За даними конфронтації, у статевих і побутових контактах хворої маркерів ВІЛ-інфекції не виявлено. Хвора також повідомила, що вона забезпечена подальшим лабораторним супроводом (імунологічними і вірусологічними дослідженнями), їй призначена антиретровірусна терапія та організоване диспансерне спостереження.

## Висновки

Наведений клінічний випадок ІПСШ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією демонструє, що наявність злоскісного виразкового процесу в аногенітальній ділянці при ІПСШ, зокрема сифілітичної, герпетичної і трихомонадної етіології, що довго не загоюється, на тлі декомпенсації імунітету і розвитку депресивно-тривожного стану, незважаючи на проведення етіологічної терапії, може бути одним із маркерів ВІЛ/СНІДу. Встановлення довірливих відносин у системі лікар–пацієнт часто є вирішальним для прийняття хворим своєчасного рішення щодо проведення обстеження на ВІЛ, враховуючи правові аспекти виключно добровільного тестування та конфіденційності інформації.

## References

## Література

1. Асоціації вірусів простого герпесу (тип 1 і 2) і бактеріальних інфекцій, що передаються статевим шляхом / Г.І. Мавров, Т.В. Осінська, С.К. Джораєва, О.В. Щоголева, І.В. Калашнікова, Т.В. Губенко. *Дерматологія та венерологія*. 2021. № 1 (91). С. 30–35.
2. Наказ МОЗ України № 286 від 07.06.04 р. «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України».
3. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
4. Наказ МОЗ України від 11.05.2010 № 388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».
5. Особливості мотиваційного консультування осіб з інфекціями, що передаються статевим шляхом, з метою формування безпечної статевої поведінки (методичний посібник) / Ю.В. Щербаківа, Г.І. Мавров, Я.Ф. Кутасевич, Г.М. Бондаренко. Харків: НАМН України. 2016. 42 с.
6. Современные особенности патоморфоза сифилиса / Г.М. Бондаренко, С.В. Унучко, И.Н. Никитенко, Ю.В. Щербаківа. *Georgian Med News*. 2019. Vol. 288. P. 105–110. <http://www.geomednews.org>
7. Ультраструктурные особенности морфотипов *Trichomonas vaginalis*, выделенных от больных с хронической трихомонадной инвазией / Г.І. Мавров, П.В. Федорич, С.К. Джораєва, Т.В. Осінська. *Дерматологія та венерологія*. 2018. № 84 (82). С. 17–22.
8. Центр громадського здоров'я. Статистичні дані ВІЛ в Україні. <https://phc.org.ua/news/statistika-vil-i-tb-v-ukraini-veresen-2020-roku>
9. Щербаківа Ю.В. Особливості становлення імунітету у ВІЧ-позитивних пацієнтів с дерматологічною патологією і ІППП. *Дерматовенерологія, косметологія і сексологія*. 2016. № 1–2 (3). С. 34–36.
10. Assessment of psycho-emotional state in patients with sexually transmitted infections in vulnerable groups to HIV infection / Yu. Shcherbakova, Ya. Kutasevych, G. Mavrov, T. Osinska, I. Kalashnikova. 33rd IUSTI – Europe Congress on Sexually Transmitted Infections, 5–7 September 2019, Tallinn, Estonia. 2019. P. 109–110. [http://www.astda.org/pdf/STI\\_Global\\_Update\\_March\\_2019.pdf](http://www.astda.org/pdf/STI_Global_Update_March_2019.pdf)

1. Mavrov HI, Osinska TV, Dzhoraieva SK, Shchokolieva OV, Kalashnikova IV, Hubenko TV. Asotsiatsii virusiv prostoho herpesu (typ 1 i 2) i bakterialnykh infektsii, shcho peredaiutsia stat-evym shliakhom [Associations of herpes simplex viruses (types 1 and 2) and sexually transmitted bacterial infections]. *Dermatolohiia ta venerolohiia*. 2021;(91):30–35. [In Ukr.]
2. Nakaz MOZ Ukrainy № 286 vid 07.06.04 r. «Pro udoskonalennia dermatovenerolohich-noi dopomohy naselenniu Ukrainy» [On improving dermatovenerological care for the population of Ukraine]. [In Ukr.]
3. Nakaz MOZ Ukrainy vid 19.08.2005 № 415 «Pro udoskonalennia dobrovolinoho konsultuvannia i testuvannia na VIL-infektsiiu» [On Improving Voluntary HIV Counseling and Testing]. [In Ukr.]
4. Nakaz MOZ Ukrainy vid 11.05.2010 № 388 «Pro udoskonalennia diahnostyky VIL-infektsii» [On improving the diagnosis of HIV infection].
5. Shcherbakova Yu V, Mavrov HI, Kutasevych YaF, Bondarenko HM. Osoblyvosti motyvatsiinoho konsultuvannia osob z infektsiay, shcho peredaiutsia stat-evym shliakhom, z metoiu formuvannia bezpechnoi statevoi povedinky (metodychnyi posibnyk) (Features of motivational counseling of persons with sexually transmitted infections in order to form safe sexual behavior). *Kharkiv: NAMN Ukrainy*. 2016: 42 p. [In Ukr.]
6. Bondarenko HM, Unuchko SV, Nykytenko YN, Shcherbakova YuV. Sovremennyye osobennosti patomorfоза sifilisa [Modern features of the pathomorphosis of syphilis]. *Georgian Med News*. 2019;288:105–110. <http://www.geomednews.org> [In Rus.]
7. Mavrov HI, Fedorych PV, Dzhoraieva SK, Osynskaia TV. Ultrastrukturnyye osobennosti morfotipov *Trichomonas vaginalis*, vydelennykh ot bolnykh s khronicheskoy trikhomonadnoy invaziyey [Ultrastructural features of *Trichomonas vaginalis* morphotypes isolated from patients with chronic *Trichomonas* invasion]. *Dermatolohiia ta venerolohiia*. 2018;84(82):17–22. <http://id-vamnu.com.ua/wp-content/uploads/2018/11/DIV482.pdf> [In Rus.]
8. Tsentr hromadskoho zdorovia. Statystychni dani VIL v Ukraini. [HIV statistics in Ukraine].
9. Shcherbakova YuV. Osobennosti sostoyaniya immuniteta u VICH-pozitivnykh patsiyentov s dermatologicheskoy patologiyey i IPPP [Features of the state of immunity in HIV-positive patients with dermatological pathology and STIs]. *Dermatovenerolohiia, kosmetolohiia i seksopatolohiia*. 2016;1–2(3):34–36.

11. High variability of HIV and HCV seroprevalence and risk behaviours among people who inject drugs: results from a cross-sectional study using respondent-driven sampling in eight German cities (2011–14) / B. Wenz, S. Nielsen, M. Gassowski [et al.]. *BMC Public Health*. 2016. Vol. 16. P. 927.

12. Kersh E.N, Workowski K.A. Evidence Review for Centers for Disease Control and Prevention Guidance Development on Laboratory Testing to Detect *Treponema pallidum* Infection (Syphilis). *Clinical Infectious Diseases*. 2020. Vol. 71. P. 1–3. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa348>

13. Mavrov G., Fedorych P.V. Incidence of Sexually Transmitted Infections: Local Study in Ukraine. *World Science*. 2018. Vol. 8(36). P. 2. doi: 10.31435/rsglobal\_ws/30082018/6059.

14. World Health Organization. Herpes simplex virus. Newsletter N400. January 2016 [Electronic resource]. Access mode: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/ru/>

15. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983. Vol. 67. P. 361–70.

10. Shcherbakova Yu, Kutasevych Ya, Mavrov G, Osinskaya T, Kalashnikova I. Assessment of psycho-emotional state in patients with sexually transmitted infections in vulnerable groups to HIV infection. 33rd IUSTI – Europe Congress on Sexually Transmitted Infections, 5–7 September 2019, Tallinn, Estonia. 2019:109–110. [http://www.astda.org/pdf/STI\\_Global\\_Update\\_March\\_2019.pdf](http://www.astda.org/pdf/STI_Global_Update_March_2019.pdf)

11. Wenz B, Nielsen S, Gassowski M, et al. High variability of HIV and HCV seroprevalence and risk behaviours among people who inject drugs: results from a cross-sectional study using respondent-driven sampling in eight German cities (2011–14). *BMC Public Health*. 2016; 16:927.

12. Kersh EN, Workowski KA. Evidence Review for Centers for Disease Control and Prevention Guidance Development on Laboratory Testing to Detect *Treponema pallidum* Infection (Syphilis). *Clinical Infectious Diseases*. 2020;71:1–3. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa348>

13. Mavrov G, Fedorych PV. Incidence of Sexually Transmitted Infections: Local Study in Ukraine *World Science*. 2018;8(36):2. doi: 10.31435/rsglobal\_ws/30082018/6059.

14. World Health Organization. Herpes simplex virus. Newsletter N400. January 2016 [Electronic resource]. Access mode: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/ru/>

15. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–70.

## СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Т.В. Осинская

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

### Резюме

**Введение.** Аналогичность источников инфицирования, преобладание полового пути передачи, а также принадлежность к контингенту лиц, имеющих риск заражения инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), и вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), предполагают возможность одновременного инфицирования возбудителями этих заболеваний.

**Цель работы** – изучить особенности клинического течения, психоэмоционального состояния, диагностики и лечения ИППП, совмещенных с ВИЧ-инфекцией.

**Материалы и методы.** Приведен клинический случай ИППП на фоне ВИЧ-инфекции у женщины в возрасте 41 года, описаны диагностика и методы лечения.

**Результаты.** Описан клинический случай ИППП на фоне ВИЧ-инфекции у женщины в возрасте 41 года, приведены особенности анамнеза, клинического течения, объективного, лабораторного и инструментального исследования, результаты лечения пациентки. Приведенные данные показывают, что наличие язв в аногенитальной области, долго сохраняющихся без признаков заживления на фоне местной терапии, может быть первым проявлением ИППП на фоне ВИЧ-инфекции. Полный комплекс исследования на ИППП/ВИЧ, с учетом иммунологического статуса, был определяющим для установления диагноза и назначения этиопатогенетической терапии, что привело к улучшению состояния пациентки, а именно полной эпителизации язв и регресса урогенитальной симптоматики.

**Выводы.** Наличие злокачественного язвенного процесса в аногенитальной области при ИППП, в частности, герпетической и трихомонадной этиологии, – один из маркеров ВИЧ/СПИДа.

**Ключевые слова:** ИППП, герпес, трихомоноз, сифилис, ВИЧ, клинический случай.

## CASE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN CONNECTION WITH HIV-INFECTION

T. V. Osinska

SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

### Abstract

**Introduction.** The affinity of sources of infection, the prevalence of sexual transmission, as well as belonging to the contingent of people at risk of STIs and HIV, suggests the possibility of simultaneous infection with pathogens of these diseases.

**The objective of the work is to study the features of the clinical course, the psycho-emotional state, diagnosis and treatment of STIs associated with HIV infection.**

**Materials and methods.** The clinical case of STIs on the background of HIV-infection in women aged 41 years is presented, the diagnosis and treatment methods are described.

**Results.** A separate case of STIs associated with HIV in women aged 41 years is described, as well as the features of the anamnesis, clinical course, objective, laboratory and instrumental research, the results of treatment of the patient. These data demonstrate that the presence of ulcers in the genital area and perianal area, which persist for a long time without signs of healing on the background of local therapy, may be the first manifestation of STIs on the background of HIV-infection. The full range of STI/HIV studies, taking into account immunological status, was crucial for diagnosis and etiopathogenetic therapy, which led to improvement of the patient's condition, namely complete epithelialization of ulcers and regression of urogenital symptoms.

**Conclusions.** The presence of a malignant of ulcerative process in the anogenital area in STIs, in particular, herpetic and trichomonas etiology is one of the markers of HIV/AIDS.

**Key words:** STIs, herpes, trichomoniasis, syphilis, HIV, clinical case.

### Відомості про авторів:

Осинська Тетяна Володимирівна – канд. мед. наук, ст. наук. співроб. сектора вивчення впливу епідемії ВІЛ/СНІДу на проблему інфекцій, що передаються статевим шляхом, ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»; e-mail: tanaosinska@ukr.net

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-2683-4957>