

Д.В. Радіонов

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Луганський обласний шкірно-венерологічний диспансер

Особливості взаємовідносин мікст-інфекції: сифілісу та гепатитів В і С

На сьогодні у світі зареєстровано понад 400 млн носіїв вірусу гепатиту В та до 150–180 млн носіїв вірусу гепатиту С. Особливістю більшості вірусних гепатитів є висока ймовірність хронізації процесу з розвитком у 10–15 % випадків фіброзу печінки або цирозу.

Сифілітична інфекція може асоціюватися з гострими і хронічними формами вірусних гепатитів В і С, а також з їхнім носійством. Це дає підставу зараховувати хворих на сифіліс до груп високого ризику інфікування вірусними гепатитами, що часто зумовлено і подібними зі шляхами передачі захворювань, а також загальними соціальними причинами.

Сифілітична інфекція у пацієнтів із хронічними вірусними гепатитами негативно впливає на функціональну активність печінкової тканини та призводить до безперервно прогресуючого перебігу і несприятливих наслідків. Сифілітична інфекція нерідко супроводжується захворюваннями та ураженнями печінки з частотою від 2 до 40 % у пацієнтів з ранніми формами сифілісу, а медикаментозні препарати, що використовуються для лікування сифілісу (пеніциліни, цефалоспорины, тетрациклін), чинять гепатотоксичну дію і погіршують перебіг хронічних гепатитів. Поєднання цих захворювань ускладнює лікування хворих, оскільки змішана інфекція характеризується формуванням імунodefіцитних станів. Інфікування хворого на сифіліс вірусами гепатитів В або С або, навпаки, на тлі депресії імунітету може розглядатися як стартовий варіант причини формування серорезистентності, що виникає майже у 10 % випадків після проведення повноцінної протисифілітичної антибіотикотерапії.

Таким чином, визначення клініко-епідеміологічних особливостей поєднаної інфекції (сифіліс, вірусні гепатити) є актуальною проблемою, що потребує детального вивчення для обґрунтування адекватної тактики ведення і лікування хворих та профілактики цих інфекцій.

Ключові слова

Гепатит В, гепатит С, сифіліс, мікст-інфекція, взаємовідносини.

Захворювання печінки на сьогодні все частіше стають причиною смерті багатьох пацієнтів. Нині у світі зареєстровано понад 400 млн носіїв вірусу гепатиту В (ВГВ) і до 150–180 млн носіїв вірусу гепатиту С (ВГС) [10]. Щороку ВГС у світі інфікуються 3–4 млн осіб. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна посідає перше місце у Європі за показниками поширеності гепатиту С, що становить приблизно 1,4 млн осіб, або майже 3 %. Особливістю більшості вірусних гепатитів є висока вірогідність хронізації процесу. Так, приблизно у 50 % хворих гостра форма гепатиту С переходить у хронічну, завершуючись у 10–15 % випадків розвитком фіброзу печінки або цирозу. Нерідко зустрічається і безсимптомне носійство цього вірусу. Інкубаційний період гепатиту С стано-

вить від 2 до 20 тиж і більше, гепатиту В — може досягати півроку [3, 7, 10, 43].

Встановлено, що сифілітична інфекція також може асоціюватися з гострими та хронічними формами вірусних гепатитів В і С та з носійством цих вірусів [1, 2]. Останніми роками отримано дані про збільшення кількості хворих на сифіліс у поєднанні з вірусними гепатитами та іншими ураженнями печінки [4, 20, 33, 34, 42]. Це дає підстави зараховувати хворих на сифіліс до груп високого ризику інфікування вірусними гепатитами. Проблема парентеральних гепатитів також пов'язана із загальним значним її поширенням, частим формуванням тяжких хронічних форм, тенденцією до їх зростання, активним залученням до епідемічного процесу найпрацездатнішої частини населення. Поєднання таких

тяжких інфекцій ускладнює лікування хворих, оскільки подвійна інфекція (сифіліс та гепатити В і С) супроводжується формуванням виразних імунodefіцитних станів [13, 16, 23, 28]. Інфікування хворого на сифіліс вірусами гепатитів В чи С або навпаки – на тлі депресії імунітету може бути однією з головних причин формування серорезистентності [1, 11, 34, 44].

Актуальність питання поєднання сифілісу та вірусних гепатитів, зокрема ВГВ і ВГС, зумовлює потребу в детальному вивченні цієї проблеми. Дані літератури про особливості перебігу сифілісу в пацієнтів, інфікованих парентеральними гепатитами, вкрай нечисленні. Здебільшого проблему описують у поєднанні із зараженням під час вживання ін'єкційних наркотиків та передачі сифілісу і вірусів статевим шляхом [17, 21, 27, 47, 48], коли створюються умови для прогресування цих взаємопов'язаних і взаємозумовлених інфекційних процесів. Ці питання потребують детального вивчення для визначення особливостей ведення хворих з подвійною, а інколи і потрійною інфекцією [3, 9, 24, 39, 40].

Вірусні гепатити та сифілітична інфекція впливають на перебіг як епідемічного, так і інфекційного процесів у хворих на сифіліс та викликають несприятливі наслідки, що зумовлено подібними з вірусними гепатитами шляхами передачі, а також загальними соціальними причинами [5, 12, 15].

На відміну від значних успіхів дослідження епідеміології вірусних гепатитів та сифілісу (як моно- так і мікст-інфекції) питання особливостей епідемічного та інфекційного процесів залишаються відкритими. Необхідні розроблення та обґрунтування системи протиепідемічних і лікувально-профілактичних заходів для хворих з мікст-інфекцією [5, 18, 34].

У деяких країнах світу вже є спроби розв'язати цю проблему. Так, у 2010 р. центр з контролю та профілактики захворювань у США виділив 6,2 млн доларів на інтеграцію служб охорони здоров'я, які відповідають за протидію захворюванню на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію, вірусні гепатити та інфекції, які передаються статевим шляхом [46]. Такий крок, на думку спеціалістів, має скоротити час та кошти для забезпечення роботи суміжних служб, усунути статистичні розбіжності в обліку таких осіб. Потреба в інтеграції цих служб зумовлена очевидним взаємозв'язком інфекцій, особливо це стосується чинників ризику та особливостей їх передачі.

Основним шляхом передачі збудника гепатиту В (ГВ) і гепатиту С (ГС) є статевий [7, 39]. Проте у стаціонарах різного профілю можливі множинні шляхи передачі вірусів ГВ і ГС, зокре-

ма парентеральний та контактнo-побутовий. Джерелами збудників можуть бути як пацієнти стаціонарів, так і медичний персонал. Багато дослідників указують на можливість реалізації контактнo-побутового шляху передачі ВГВ і ВГС в осередках та лікувально-профілактичних закладах. Цьому сприяє тривала та інтенсивна вірусемія у джерел інфекції, що часто не мають зовнішніх ознак захворювання, а також тривалість перебування хворих у різноманітних стаціонарах та безліч парентеральних утручань. Наявність прихованої крові і виявлення ВГВ і ВГС на об'єктах зовнішнього середовища можуть також слугувати чинником ризику зараження ВГВ і ВГС. З іншого боку, застосування у стаціонарах медикаментозних імуносупресорів може індукувати імунodefіцитний стан, сприяючи формуванню латентних форм ВГВ і ВГС і тривалому носійству вірусів [9, 25, 43].

Особливою групою серед цього контингенту є хворі на сифіліс та інші трансмісивно-сексуальні інфекції чоловіки 20–39 років, які частіше не працюють, вживають або вживали психотропні препарати, деякі перебували у місцях позбавлення волі. До групи найвищого ризику належать, зокрема, споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки та чоловіки, які надають секспослуги, чоловіки, які мають статеві контакти з чоловіками. Це ті групи населення, де широко практикується ризикована поведінка, на яких слід звернути увагу під час профілактичних заходів. Також визначено частоту виявлення маркерів ВГВ і ВГС у медичного персоналу [9, 23, 29, 33, 36].

Аналіз чинників ризику захворюваності на ВГ у хворих на сифіліс свідчить, що інфікованість вірусами ВГВ і ВГС залежить переважно від частоти й тривалості перебування хворого до цього в соматичних стаціонарах і практично не залежить від статі. У хворих на сифіліс, асоційований з вірусними гепатитами, комплексна дія самих вірусів, антибактеріальних та антивірусних препаратів має значний токсичний, цитолітичний та імуносупресивний ефект, зумовлюючи таким чином розвиток комплексу стійких чи прогресивних порушень метаболічного гомеостазу [15, 22, 25, 45, 48]. Оскільки всі органи та клітинні елементи імунної системи існують та функціонують на метаболічній основі, порушення в метаболічному гомеостазі закономірно призводять до імунологічних змін. Такий тип формування імунологічних порушень, найхарактерніший для онкологічних та низки ендокринних хвороб, умовно називають метаболічною імунodefіресією. Таким чином, імунокомпрометація осіб групи ризику є наслідком комплексної дезінтеграційної дії на

структурно-метаболический гомеостаз патологічних процесів, пов'язаних з їхніми захворюваннями, а також із застосуванням для лікування терапевтичних засобів, побічна дія яких призводить до імунодепресії [22].

Вивчають і роль імунокомпрометації як чинника, здатного впливати на розвиток ВГВ- і ВГС-інфекцій та їхні наслідки [23]. Цей вплив, зрештою, призводить до формування в організмі особливих граничних та навіть патологічних станів, що в разі інфікування ВГВ або ВГС набувають істотного клініко-патогенетичного значення як преморбідне тло, на якому розвиваються відповідні гепатотропні вірусні інфекції [8, 24]. Імунокомпрометація пацієнтів зазвичай відіграє роль чинника, що ослаблює імунозалежний цитопатичний гепатотропний вплив ВГВ і ВГС, тому деякі дослідники вказують на ймовірність переваги сповільнених або субклінічних форм ВГВ і ВГС [26]. Водночас чинники, що мають гепатотоксичну дію, зрештою, призводять до розвитку субклінічної дисфункції печінки, а отже, обтяжують перебіг сифілітичної або іншої інфекції ВГВ або ВГС [1, 9, 30, 36, 37].

Очевидно, що за такої неоднозначної дії на печінку в пацієнтів є висока ймовірність клінічного поліморфізму перебігу захворювань або, наприклад, розвитку серологічної резистентності після лікування сифілісу. Водночас визначити напрям змін клінічних виявів і характеру перебігу ВГВ і ВГС доволі складно, оскільки вони, найвірогідніше, залежатимуть від співвідношення виразності імунокомпрометації та ознак преморбідної субклінічної дисфункції печінки [25].

Також помічають, що первинна імунокомпрометація може ускладнити серологічну діагностику ВГВ і ВГС та потребувати спеціальних підходів. Так, імунокомпрометація може стати причиною зміни звичайної динаміки появи серологічних маркерів інфікування та запізнюватися на тижні або навіть місяці, а вміст їх у крові не досягатиме високих титрів [24]. Сифілітична інфекція у пацієнтів із хронічними вірусними гепатитами негативно впливає на функціональну активність печінкової тканини і призводить до безперервно прогресуючого перебігу [1, 34, 48]. Виявлено, що в разі використання антибактеріальної терапії в комплексі лабораторних досліджень функціональних біохімічних проб печінки, який відбиває стан синтетичної функції печінки і міру запальної реакції її паренхіми, в інфікованих туберкульозом або сифілісом пацієнтів з хронічними гепатитами В і С найінформативнішим є визначення протеїнограми, рівня індикаторних ферментів і показників стану жирового обміну [15, 34].

За даними багатьох джерел літератури відомо, що сифілітична інфекція нерідко супроводжується захворюваннями печінки з частотою від 2 до 40 % у пацієнтів з ранніми формами сифілісу [5, 18, 35, 37, 49]. На сьогодні гепатити різної етіології можуть розглядатися як стартовий варіант однієї з причин розвитку серологічної резистентності, що виникає майже у 10 % хворих після проведення повноцінної протисифілітичної антибіотикотерапії [19, 34, 35, 38]. Під час зараження сифілісом бліда трепонема може мати у своїй структурі віруси того або іншого гепатиту, і після інкубаційного періоду вони в поєднанні можуть чинити негативний вплив на функціональну здатність печінки, оскільки інкубаційний та первинний періоди сифілісу і збудників вірусних гепатитів практично однакові. *Tr. pallidum* як можливий переносник різних вірусів гепатиту в разі призначення трепонемацидних препаратів може набувати стану тахіфілаксії (швидка відсутність ефекту при повторних введеннях препарату) або виражену антибіотикорезистентність [32, 33].

У дерматовенерологів поки що немає чіткої схеми лікування, а у колег-епідеміологів — тактики протиепідемічних заходів на випадок виявлення подвійної (сифіліс та вірусні гепатити), а часом і потрійної (наприклад, додатково і ВІЛ) інфекції у хворих [14, 31, 34, 36]. Первинна імунокомпрометація таких пацієнтів може ускладнити вирішення питань, пов'язаних з вибором адекватної стратегії й тактики лікування. Сифілітична інфекція, яка провокує та викликає мезенхімальний або паренхіматозний гепатит, і супутні хронічні вірусні гепатити взаємно пригнічують функціональну активність печінки, причому що інтенсивніша клінічна активність кожного із захворювань, то сильніше вона пригнічується, вимагаючи своєчасної медикаментозної корекції [6, 37, 41].

Відсутність цілісного підходу до терапії пацієнтів з ранніми та прихованими формами сифілісу стосовно застосування лікарських препаратів ставить дерматовенеролога перед вибором пріоритету в призначенні медикаментозного лікування, коли потрібно вирішити: лікувати на першому етапі ураження печінки за рахунок приєднання препаратів, що поліпшують стан гепатобіліарної системи (інтерферон- α і його нуклеозидний аналог ламівудин та комбінація пегільованого інтерферону з аналогом нуклеозидів рибавірином), з відтермінуванням пеніцилінотерапії або починати комплексне лікування з використанням одночасно інтерферонів і гепатопротекторів та специфічної антибактеріальної терапії. Слід зазначити, що медикаментозні пре-

парати, які використовують для лікування сифілітичної інфекції (пеніциліни, цефалоспорины, тетрацикліни та ін.), мають гепатотоксичну дію, що зумовлює розвиток токсичних гепатитів, які погіршують перебіг хронічних гепатитів [6, 14, 19, 33, 34].

Так, відомо, що інтенсивна антибактеріальна терапія у разі лікування, наприклад, набутого сифілісу з тривалістю зараження від 6 місяців до 1 року, зокрема введення натрієвої солі бензилпеніциліну згідно з методикою лікуванню сифілісу (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.06.2004 № 286) по 1 млн ОД кожні 3 год протягом 21 доби, спричинює негативний вплив з порушенням функції печінки та зумовлює токсичний ефект на печінкову тканину, що відображено і в інструкціях для медичного застосування цих препаратів. Усі ці випадки потрібно розглядати як тривожну ознаку ураження печінки і вимагати частішого (1–2 рази на тиждень) та ретельнішого лабораторного моніторингу (АСТ, АЛТ, білірубін, лужна фосфатаза та ін.) протягом усіх курсів лікування [9, 14, 25, 30, 34]. Стосовно противірусної терапії відомо, що препарати альфа-інтерферонів, які мають виразний, але не завжди однозначний вплив на імунну систему проти-показані пацієнтам з лейкоцитопеніями та іншими ознаками розвитку та дисфункції імун-

ної системи. Водночас ці лабораторні ознаки нерідко виявляють у хворих з ВГВ і ВГС, що потребує проведення противірусної терапії [9]. Так, під час дослідження ефективності застосування циклоферону протягом 8 тижнів у пацієнта із супутнім вірусним гепатитом В встановлено позитивний вплив циклоферону на вияви інтоксикації і показники функції печінки: активність ферментів, рівні білірубину і загального білка в сироватці крові [15].

Водночас вакцинація є одним з найістотніших компонентів інтегральної стратегії профілактики ВГВ. Ефективна та безпечна вакцина проти ВГВ доступна з 1982 року. Її рекомендують для імунізації медичних працівників, а також було включено до національного календаря профілактичних щеплень для всіх новонароджених [7, 43]. Проте низку особливостей поширення вірусних гепатитів В і С, а також обсяг профілактичних заходів серед пацієнтів і медичного персоналу великих соматичних стаціонарів, зокрема дерматовенерологічного профілю, представлено не повною мірою.

Таким чином, визначення клініко-епідеміологічних особливостей поєднаної інфекції (сифіліс, вірусні гепатити) є актуальною проблемою, що потребує вивчення для обґрунтування адекватної тактики ведення і лікування хворих та профілактики цих інфекцій.

Список літератури

- Афонин А.В., Молочков В.А., Буеверов А.О. Гепатиты как причина серорезистентности при сифилисе и ложноположительных серореакциях // Рос. журн. кожн. и венер. болезней.— 2003.— № 2.— С. 48–50.
- Афонин А.В., Смирнова Т.А., Перецманас Е.О. Микобактерии туберкулеза и ложноположительные реакции при обследовании на сифилис // Рос. журн. кожн. и венер. болезней.— 2004.— № 2.— С. 50–51.
- Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Вирусные гепатиты.— Рига: Звайгзне, 1988.— 411 с.
- Борисенко В.В., Носкова А.В., Гринь И.А. Клинический случай манифестации нейросифилиса на фоне токсического гепатита, вызванного отравлением дикорастущими ядовитыми грибами // Укр. журн. екстрем. медицины ім. Г.О. Можаява.— 2011.— № 3.— С. 141–144.
- Василенко Т.И., Перламутров Ю.Н. Диагностика сифилиса: проблемы и перспективы // Рос. журн. кожн. и венер. болезней.— 2009.— № 3.— С. 52–57.
- Герасимова Н.М., Кунгуров Н.В., Полканов В.С. и др. Гепатит и сифилис. Клинико-лабораторные параллели // Актуальные проблемы дерматологии и венерологии: Сб. науч. раб. ЦНИКВИ.— М., 2000.— С. 36–37.
- Голубовская О.А. Вирусные гепатиты массово «косят» украинцев.— 2014. <http://www.eizvestia.com>.
- Дадашева А.Э. Особенности преморбидного статуса лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С // Биомедицина.— 2011.— № 1.— С. 3–11.
- Дадашева А.Э. Патогенетические и клинические особенности лиц из групп с высоким риском, парентерально инфицированных вирусами В и С // Укр. мед. альманах.— 2011.— Т. 14, № 3.— С. 34–37.
- Дані UNAIDS <http://www.unaids.org>.
- Дерматология, венерология / Под ред. В.И. Степаненко.— К.: КИМ, 2012.— 904 с.
- Дмитриев Г.А., Доля О.В., Василенко Т.И. Сифилис: феномен, эволюция, новации.— М.: Бином, 2010.— 256 с.
- Дрождина М.Б., Кошкин С.В. Связь показателей иммунного статуса с HLA-фенотипом у больных с серорезистентностью после перенесенного сифилиса // Аллергол. и иммунол.— 2009.— Т. 10.— № 2.— С. 239–240.
- Жулимова Н.Л., Герасимова Н.М., Полканов В.С. и др. Клинико-серологические и биохимические особенности сифилиса у пациентов, инфицированных вирусами гепатитов В и С // ИППП.— 2002.— № 6.— С. 23–26.
- Иванов А.К. и др. Применение циклоферона в комплексном лечении больных туберкулезом, инфицированных ВИЧ и вирусными гепатитами // Клин. мед.— 2010.— № 5.— С. 49–52.
- Иванов А.К., Нечаев В.В., Ле Тоан и др. Состояние иммунной системы у больных сочетанными социально-значимыми инфекциями // Вестн. Санкт-Петербург. гос. мед. академии им. И.И. Мечникова.— 2008.— № 3 (28)— С. 31–33.
- Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні: Зведений звіт.— Січень, 2009.— 240 с.
- Кубанов А.А., Ротанов С.В., Фриго Н.В. Программа оценки качества медицинских изделий для диагностики сифилиса // Вестн. дерматол. и венерол.— 2013.— № 1.— С. 44–50.
- Лукиянов А.М. Лечение больных с асимптомными фор-

- мами нейросифилиса инфузиями мегадоз пенициллина // *Здравоохранение*.— 2007.— № 3.— С. 49—53.
20. Мавров И.И., Процак В.В. Стратегия и тактика лечения больных скрытым сифилисом // *Дерматол. та венерол.*— 2009.— № 2.— С. 45—49.
 21. Мавров Г.И., Дунаева Г.А., Савоськина В.А., Бондаренко Г.М. Случай позднего менингоскулярного сифилиса // *Дерматол. та венерол.*— 2011.— № 1.— С. 91—94.
 22. Мамедов М.К. Метаболическая иммунодепрессия: механизмы развития и клинико-патогенетическое значение // *Биомедицина*.— 2011.— № 2.— С. 3—10.
 23. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Иммунокомпрометация лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С: механизмы формирования и клинико-патогенетическое значение // *Журн. инфектологии*.— 2012.— Т. 4, № 1.— С. 19—22.
 24. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Лица из различных групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С как потенциальные пациенты с особым преморбидным статусом // *Мед. новости (Минск)*.— 2011.— № 5.— С. 48—50.
 25. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Лица из групп с высоким риском, парентерально инфицированные вирусами гепатита В и гепатита С, как иммунокомпрометированные пациенты с гепатоцеллюлярной дисфункцией // *Азербайдж. мед. журн.*— 2011.— № 2.— С. 126—130.
 26. Михайлов М.И., Потятинник О.Н., Гомберг М.А. Половой путь передачи вирусных гепатитов // *ИППП*.— 2002.— № 6.— С. 3—10.
 27. Михайлов М.И., Гомберг М.А. Эпидемиология вирусных гепатитов и значение полового пути передачи в распространении гепатита В и С в России // *Акт. пробл. дерматол. и венерол.: Сб. науч. раб. ЦНИКВИ*.— М., 2000.— С. 84—88.
 28. Николенко О.Ю. Порухення імунітету, оксидантної і антиоксидантної систем при хронічному гепатиті С (клініко-лабораторне дослідження): Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— Донецьк, 2009.— 20 с.
 29. Онищенко Г.Г. Инфекционные болезни — важнейший фактор биоопасности // *Эпидемиология и инфекционные болезни*.— 2003.— № 3.— С. 4—16.
 30. Писклакова Т.П., Крыленко Л.В., Бивалькевич В.Г. Сифилитический гепатит // *Рос. журн. кож. вен. болезней*.— 2000.— № 4.— С. 59—60.
 31. Потятинник О.Н. Половой путь передачи гепатитов В, С и ТТV среди групп населения с рискованным сексуальным поведением: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 2005.— 27 с.
 32. Радионов В.Г. Энциклопедический словарь дерматовенеролога.— Луганск: ОАО «ЛОТ», 2009.— 616 с.
 33. Радионов В.Г., Шатилов А.В., Радионов Д.В. Оценка эффективности лечения больных сифилисом дюранными препаратами пенициллина // *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.*— 2013.— № 2 (49).— С. 23—28.
 34. Радионов Д.В. Серорезистентность после лечения сифилиса и некоторые причины ее возникновения // *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.*— 2014.— № 1 (52).— С. 7—13.
 35. Рустам Айдын оглы Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваемости сифилисом на современном этапе: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— СПб, 2013.— 21 с.
 36. Саламов Г.Г., Деткова Н.В. ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты и сифилис у лиц, занимающихся проституцией.— 2006.— Дани <http://www.hivrussia.org>.
 37. Самцов А.В., Теличко И.Н., Иванов А.М. и др. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении: руководство для врачей / Под ред. А.В. Самцова.— СПб: СпецЛит, 2006.— 128 с.
 38. Соколовский Е.В., Красносельских Т.В. К вопросу о клинической трактовке данных серологического обследования на сифилис // *Рос. журн. кожн. и венер. болезней*.— 2008.— № 3.— С. 42—48.
 39. Соловьев Д.В. Эпидемиологические особенности вирусных гепатитов В и С у больных туберкулезом легких и тактика их профилактики: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 2012.— 20 с.
 40. Супрун Т.Ю., Нечаев В.В., Иванов А.К. и др. Эпидемиологическая и клинико-лабораторная характеристика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекций у больных туберкулезом // *Вестн. Санкт-Петербург. гос. мед. акад.*— 2006.— № 2.— С. 125—128.
 41. Терновская О.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика и реабилитация больных сифилисом, страдающих вирусным гепатитом: Автореф. дис. ...канд. мед. наук / Гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова.— СПб, 1997.— 25 с.
 42. Хамаганова И.В., Чистякова Т.В., Минкина О.В. и др. Острые биологически ложноположительные реакции на сифилис при заболеваниях соединительной ткани // *Рос. журн. кожн. и венер. болезней*.— 2008.— № 5.— С. 70—73.
 43. Харченко Н.В., Головченко А.И., Зайцев И.А. Хронические вирусные гепатиты: проблемы и решения // *Мед. газета: Здоров'я України*, 2007.— № 4.— С. 19—20.
 44. Чеботарев В.В., Земцов М.А., Чеботарева Н.В. К выходу клинических рекомендаций Российского общества дерматовенерологов «Дерматовенерология, 2008» (Часть 1. Сифилис) // *Вестн. дерматол. и венерол.*— 2010.— № 3.— С. 46—48.
 45. Bai Z.G. Azitromycin vs. Benzathine penicillin G for early syphilis: a metaanalysis of randomized clinical trials // *Int. J. STD AIDS*.— 2008.— Vol. 19.— P. 217—221.
 46. Centers for Disease Control and Prevention. CDC awards \$6.2 million for integration of health services. Press release. September 15, 2010.
 47. Rhodes T, Piatt L, Maximova S. et al. Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia // 2006.— Vol. 101 (2).— P. 252—266.
 48. Samayoa B., Anderson M.R., Alonso Pacheco K.P. Seroprevalence of HIV, hepatitis B, and syphilis among pregnant women at the general hospital, Guatemala City, 2005—2009 // *Int. Assoc. Physicians AIDS Care (Chic)*.— 2010.— Vol. 9 (5).— P. 313—317.
 49. Serwin A.B., Chodyncka B., Serological diagnosis of syphilis-current problems and controversies // *Przegl. Epidemiol.*— 2009.— Vol. 63.— N 4.— P. 519—523.

Д.В. Радионов

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
Луганский областной кожно-венерологический диспансер*

Особенности взаимоотношений микст-инфекций: сифилиса и гепатитов В и С

На сегодняшний день в мире зарегистрировано более 400 млн носителей вируса гепатита В и до 150—180 млн носителей вируса гепатита С. Особенностью большинства вирусных гепатитов является высокая вероятность хронизации процесса с развитием в 10—15 % случаев фиброза печени или цирроза.

Сифилитическая инфекция может ассоциироваться с острыми и хроническими формами вирусных гепатитов В и С, а также с их носительством, а это дает основание относить больных сифилисом к группам высокого риска инфи-

цирования вирусными гепатитами, что часто обусловлено и сходными с вирусными гепатитами путями передачи, а также общими социальными причинами.

Сифилитическая инфекция у пациентов с хроническими вирусными гепатитами негативно влияет на функциональную активность печеночной ткани и приводит к непрерывно прогрессирующему течению и неблагоприятным последствиям. Сифилитическая инфекция нередко сопровождается заболеваниями и поражениями печени с частотой от 2 до 40 % у пациентов с ранними формами сифилиса, а медикаментозные препараты, используемые для лечения сифилиса (пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины и др.) оказывают гепатотоксическое действие и ухудшают течение хронических гепатитов. Сочетание указанных заболеваний затрудняет лечение больных, поскольку смешанная инфекция сопровождается формированием иммунодефицитных состояний. Инфицирование больного сифилисом вирусами гепатитов В или С или наоборот — на фоне депрессии иммунитета может рассматриваться как стартовый вариант возможной причины формирования серорезистентности, возникающей почти у 10 % больных после проведения полноценной противосифилитической антибиотикотерапии.

Таким образом, определение клинико-эпидемиологических особенностей сочетанной инфекции (сифилис, вирусные гепатиты) является актуальной проблемой, которая требует детального изучения для обоснования адекватной тактики ведения и лечения данных больных и профилактики этих инфекций.

Ключевые слова: гепатит В, гепатит С, сифилис, микст-инфекция, взаимоотношения.

D.V. Radionov

SI «Luhansk State Medical University»

Luhansk Regional Dermatovenerologic Dispansary

Peculiarities of mixed infections interaction: syphilis and hepatitis B and C

Now there are more than 400 million carriers of the hepatitis B and up to 150–180 million carriers of the hepatitis C registered in the world. The peculiarity of the most viral hepatitis is the high probability of chronic process, which in 10–15 % of the cases results in liver fibrosis or cirrhosis development.

The syphilitic infection can be associated with the acute and chronic forms of viral hepatitis B and C, as well as carrying these viruses. This gives grounds for referring the patients with syphilis to the group of high risk of viral hepatitis infection that is often stipulated by the ways of transferring common with those of viral hepatitis, as well as by the general social reasons.

The syphilitic infection of patients having chronic viral hepatitis negatively influences the functional activity of liver tissue and leads to constantly progressing disease course and its unfavourable consequences. The syphilitic infection is sometimes followed by the liver diseases and affections in 2–40 % of patients having early forms of syphilis; the medical drugs that treat syphilis (penicillin, cephalosporins, tetracyclines, etc.) have hepatotoxic effects and worsen existing chronic hepatitis. The combination of the above mentioned diseases complicates the patients' treatment, as a mixed infection is accompanied by the formation of immunodeficiency conditions. Infecting patients with syphilis by viruses of hepatitis B and C, or vice versa, accompanied by immunity depression may be considered as a starting point of possible cause of seroresistance formation that occurs to almost 10 % of patients after a full antisiphilitic antibiotic therapy is done.

Thus, the definition of clinical and epidemiological peculiarities of co-infection (syphilis — viral hepatitis) is an urgent problem that requires a detailed study to justify an adequate tactics and treatment of such patients, as well as prevention of these infections.

Key words: hepatitis B, hepatitis C, syphilis, mixed-infections, relationships.

Дані про автора:

Радіонов Денис Володимирович, асист. кафедри дерматовенерології, зав. відділення дерматології, венерології та пухлин шкіри Луганського обласного шкірно-венерологічного диспансеру
91047, м. Луганськ, вул. Краснодарська, 14
Тел./факс (0642) 50-70-37
E-mail: r.d.v@i.ua