

И.В. Кулешов¹, В.Н. Лин¹, Н.Н. Цабак¹, А.М. Кириуцов¹, С.В. Кулешова¹,
Т.Л. Дмитриченко¹, И.В. Рождественская¹, Л.Н. Трубчанинова¹, Г.Л. Кругленко²

¹ ОКУ «Криворожский кожно-венерологический диспансер»

² ОКУ «Криворожский центр по профилактике и борьбе со СПИДом»

Дерматологические аспекты ВИЧ-инфекции: собственные наблюдения

Поражение кожи и слизистой оболочки относится к числу значимых клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Дерматозы, связанные с ВИЧ-инфекцией, характеризуются упорным течением, нарастающей тяжестью; могут наблюдаться нетипичные симптомы; эти дерматозы устойчивы к терапии; они часто связаны с лимфаденопатией. Эти критерии являются достаточным основанием для предположения о наличии ВИЧ-инфекции, особенно если принять во внимание висцеральные и системные нарушения, а также общее состояние пациента.

До 92 % ВИЧ-инфицированных страдают различными дерматозами. У 72 % больных возникают одновременно два и более заболеваний кожи. Поражение кожи и слизистых оболочек у пациентов с ВИЧ часто являются одним из первых проявлений ВИЧ-инфекции. Отсюда понятно, что роль дерматовенеролога состоит в своевременном выявлении ВИЧ-инфекции. Спектр поражения кожи при ВИЧ-инфекции чрезвычайно широк. Условно можно выделить три основные группы дерматозов: инфекционные, неинфекционные и неопластические.

Приведены клинические примеры манифестации дерматологической патологии у ВИЧ-инфицированных больных как первое проявление ВИЧ-инфекции.

Обследование на ВИЧ-инфекцию проводилось в клиничко-диагностической лаборатории областного коммунального учреждения «Криворожский кожно-венерологический диспансер» с постановкой быстрых иммунохроматографических тестов Wantai Bio-Pharm и проведением иммуноферментных исследований с использованием иммуноферментных тест-систем для определения антител к вирусу иммунодефицита человека первого и второго типов «Рекомбинант-ВИЧ 1,2-МБА МедБиоАльянс, Украина».

ВИЧ-статус у обследуемых пациентов подтвержден референс-лабораторией Криворожского центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Рассмотрены клинические случаи выявления ВИЧ-инфекции у больных с различными дерматозами: в частности, у пациента с себорейным дерматитом и распространенной стрептодермией, у больного с пустулезным псориазом, у пациентки с розацеа. Описаны случаи ВИЧ-ассоциированной токсикодермии и крапивницы.

Наличие у ВИЧ-инфицированных больных разнообразных оппортунистических инфекций, а также многообразие дерматологических проявлений требует большой настороженности от врачей-дерматовенерологов и семейных врачей, как врачей первого контакта для таких пациентов, с целью улучшения своевременной диагностики и эффективности лечения.

Ключевые слова

ВИЧ-позитивные больные, заболевания кожи.

Особое место среди проявлений ВИЧ-инфекции занимают поражения кожи и слизистых оболочек. До 92 % ВИЧ-инфицированных страдают различными дерматозами [1]. У 72 % больных возникают одновременно два и более заболеваний кожи.

Поражение кожи и слизистых оболочек у пациентов с ВИЧ часто является одним из первых проявлений ВИЧ-инфекции. Отсюда понятна роль дерматовенеролога в своевременном

выявлении этой инфекции. Спектр поражения кожи при ВИЧ-инфекции чрезвычайно широк.

Условно можно выделить три основные группы дерматозов: инфекционные, неинфекционные и неопластические [1].

Мы приводим собственные наблюдения за больными различными дерматозами, при обследовании которых была выявлена ВИЧ-инфекция.

Обследования на ВИЧ-инфекцию проводили в клиничко-диагностической лаборатории Кри-

ворожского кожно-венерологического диспансера с постановкой быстрых иммунохроматографических тестов и иммуноферментных анализов. ВИЧ-статус у пациентов подтвержден референтс-лабораторией Криворожского центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Частыми спутниками ВИЧ-инфекции являются различные бактериальные поражения кожи. Особенности течения пиодермий у ВИЧ-инфицированных являются:

- диссеминированный характер поражения;
- инвазивные формы поражения;
- торпидность к терапии [1].

Себорейный дерматит — наиболее частый дерматоз у ВИЧ-инфицированных — поражает 40–80% заболевших, в общей популяции его распространенность составляет 3–9% [1, 4, 8].

В развитии заболевания большую роль отводят активизации условно-патогенной флоры сально-волосяных фолликулов — *Pityrosporum ovale* и *Pityrosporum orbiculare* (*Malassezia furfur*) [1, 7]. Частое обнаружение *Malassezia furfur* в очагах себорейного дерматита у ВИЧ-инфицированных указывает на зависимость между состоянием иммунной системы и активностью гриба. J. Faergemann (1994) установил, что у больных тяжелым себорейным дерматитом уровень специфических IgG к *Malassezia* значительно ниже, чем у здоровых.

Формирование или обострение себорейного дерматита происходит уже на ранних этапах ВИЧ-инфекции, приобретая по мере углубления иммунного дефицита прогрессивное течение [8]. Риск возникновения и тяжесть течения себорейного дерматита возрастают по мере прогрессирования иммуносупрессии [4].

Мы наблюдали ВИЧ-инфицированного пациента, страдавшего себорейным дерматитом и распространенной стрептодермией. Каждая из этих нозологий, взятая в отдельности, является маркером ВИЧ-инфекции.

Больной С., 39 лет, поступил в ОКУ «ККВД» 16.01.2019 г. Болен месяц, когда на коже лица появились очаги шелушения, а на спине, верхних и нижних конечностях — пустулезные элементы. В 2016 г. пролечен по поводу туберкулеза легких, страдает вирусным гепатитом С. У него выявлена ВИЧ-инфекция.

Локальный статус: гиперемия кожи лба, щек, подбородка. В этих местах — мелкопластинчатое шелушение (рис. 1). На верхних (рис. 3), нижних конечностях, коже спины многочисленные очаги гиперемии размером от 0,5 до 1,2 см, фликтены, медового цвета гнойные корки. Диагноз: себорейный дерматит, распространенная стрептодермия.

Больной госпитализирован. Назначено лечение: АРТ, цефтриаксон по 1,0 в/м 2 раза в день 7 сут; «Флориум» по 1 капсуле 2 раза в день 7 сут; витамины В₁, В₆, «Аденомак» по 1 капсуле 2 раза в день; хлоропирамин по 1,0 в/м; в/в капельно: NaCl 0,9% по 200,0 и дексаметазон. Местно: на очаги кожи лица — «Элоком», «Липобейз», на очаги стрептодермии — р-р метиленового синего, «Целестодерм-В» с «Гарамицином».

На фоне лечения — положительная динамика: значительное уменьшение гиперемии кожи лица (рис. 2), рассасывание пустулезных элементов кожи на спине и конечностях. Взят под диспансерное наблюдение.

К неинфекционным дерматозам, развивающимся на фоне ВИЧ-инфекции, относится псориаз. Сегодня псориаз рассматривается как хронический мультифакторный дерматоз, в патогенезе которого ведущая роль принадлежит иммунологическим нарушениям и генетической составляющей [11].

Большое значение в развитии различных дерматозов у ВИЧ-инфицированных, в том числе псориаза, придают (наряду с иммуносупрессией) дискордантности иммунных реакций в коже вследствие прямого поражения ВИЧ основных иммунокомпетентных клеток кожи: Т-лимфоцитов, макрофагов, клеток Лангерганса, а также клеток эндотелия капилляров [1].

Первичное проявление или внезапное обострение уже существующего псориаза отмечается у 1–5% ВИЧ-инфицированных. Заболевание может протекать с развитием генерализованных пустулезных и эритродермических форм. Нередко отмечаются инвертированные формы псориаза с выраженными изменениями в области крупных складок [1, 6].

Больной Т., 42 года. Обратился сам. Полгода назад у него на коже живота, туловища, конечностей, подмышечных и пахово-мошоночных складок появились высыпания. Самостоятельно применял различные мази без эффекта.

Локальный статус: процесс на коже распространенного характера. На животе, туловище, конечностях множественные папулы синюшно-красного цвета размером от 0,5 до 1,5 см, покрытые чешуйко-корками. При поскабливании мелких элементов — положительные феномены псориаза. В области подмышечных и пахово-мошоночных складок, мошонки, на половом члене (рис. 4) пустулезные элементы, покрытые желто-коричневыми слоистыми корками, очаги мацерации.

Диагноз: псориаз распространенный (пустулезный), стационарная стадия. У больного Т. выявлена ВИЧ-инфекция.



Рис. 1. Больной С., 39 лет. Себорейный дерматит. До лечения



Рис. 2. Больной С., 39 лет. Себорейный дерматит. После лечения



Рис. 3. Больной С., 39 лет. Распространенная стрептодермия



Рис. 4. Больной Т., 42 года. Пустулезный псориаз



Рис. 5. Больная П., 42 года. Розацеа



Рис. 6. Больной П., 47 лет. Токсикодермия



Рис. 7. Больная В., 57 лет. Хроническая крапивница

В литературе описаны случаи развития розацеа у ВИЧ-инфицированных [12].

Розацеа — мультифакторный дерматоз. Упорному течению этого заболевания способствуют различные факторы, в том числе несовершенство факторов неспецифической защиты клеточного и гуморального звеньев иммунитета [12]. Острый дебют процесса на коже при розацеа, прогрессивное течение заболевания, устойчивый характер высыпаний к проводимой терапии должны способствовать ВИЧ-настороженности врача-дерматовенеролога в клинической практике [12].

Больная П., 42 года. Обратилась сама. 8 мес назад у нее появились очаги гиперемии на щеках, спинке и кончике носа, на подбородке. Самостоятельно применяла мази с кортикостероидами.

Локальный статус: на коже щек, носа, подбородка гиперемия, телеангиэктазии, мелкопулезные и единичные пустулезные элементы (рис. 5). В материале с элементов сыпи обнаружены (+) *D. folliculorum*.

Диагноз: розацеа, демодекоз. У больной П. выявлена ВИЧ-инфекция.

У ВИЧ-инфицированных по мере развития иммунодефицитного состояния отмечается склонность к аллергическим реакциям кожи [5].

Т.В. Святенко и соавт. (2008) при клинико-эпидемиологическом анализе историй болезни 1123 ВИЧ-инфицированных зарегистрировала токсико-аллергические дерматозы у 75 (6,7%), экзему у 17 (1,5%) [10].

О.А. Проценко (2007) наблюдала развитие аллергических и токсико-аллергических дерматозов у 59,5% ВИЧ-инфицированных. Под наблюдением находилось 166 пациентов [9].

Мы наблюдали ВИЧ-инфицированных с различными аллергическими и токсико-аллергиче-

скими заболеваниями кожи: токсикодермия, многоморфная эксудативная эритема, хроническая крапивница, контактно-аллергический дерматит, микробная экзема, почесуха [3].

Приводим два наших наблюдения.

Больная П., 47 лет, обратилась сама. Неделью назад появились высыпания на коже живота, нижних конечностей, зуд, жжение.

Локальный статус: на коже живота, нижних конечностей (рис. 6) очаги гиперемии, гипертермии с синюшным оттенком округлой формы диаметром 1,5–2,0 см. Субъективно — зуд, жжение.

Диагноз: токсикодермия. У П. выявлена ВИЧ-инфекция.

Больная В., 57 лет., обратилась сама. Болеет около 3 мес. Периодически появляются зудящие уртикарные элементы на коже живота, туловища, конечностей, которые в течение часа бесследно исчезают. Последнее обострение заболевания за час до обращения.

Локальный статус: на коже живота, боковых поверхностей туловища, коже молочных желез уртикарные элементы розово-красного цвета (рис. 7), зуд.

Диагноз: хроническая крапивница. У больной В. выявлена ВИЧ-инфекция.

Эти случаи, на наш взгляд, представляют клинический интерес и позволяют сделать вывод о необходимости тестирования на ВИЧ-инфекцию такую категорию больных по клиническим показаниям.

Многообразие дерматологических проявлений у ВИЧ-инфицированных больных требует большей настороженности от врачей-дерматовенерологов и семейных врачей как врачей первого контакта в целях улучшения диагностики ВИЧ-инфекции.

Список литературы

1. ВИЧ-инфекция в дерматовенерологической практике: метод указания. — К.: ЦМКМЗО Украины, 1993. — С. 6–28.
2. Гяургиева О.А., Корнищева В.Г. и соавт. Об этиологии язвенных поражений при ВИЧ-инфекции // Вестн. дерматол. и венерол. — 1995. — № 6. — С. 50–51.
3. Дерматологические аспекты ВИЧ-инфекции: собственные наблюдения / Под ред. В.Н. Лина. — Кривой Рог, 2018. — С. 11.
4. Запорожан В.Н., Аряев Н.Л. ВИЧ-инфекция и СПИД. — К.: Здоров'я, 2003. — С. 164–170.
5. Кожные и венерические болезни / Под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева. — М.: Медицина, 1999. Т. 1. — С. 760–761.
6. Кожные и венерические болезни / Под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — 760 с.
7. Полеско И.В., Бутов Ю.С. Иммуный статус у больных себорейным дерматитом // Рос. журн. кожн. и венерич. болезней. — 2004. — № 6. — С. 17.
8. Потекаев Н.С. Поражения кожи при инфекции ВИЧ // Вестн. дерматол. и венерол. — 1991. — № 7. — С. 59–66.
9. Проценко О.А. Клинико-эпидемиологический анализ ВИЧ-ассоциированных дерматозов // Дерматовенерол., косметол., сексопатол. — 2007. — № 1–4. — С. 137–139.
10. Святенко Т.В., Шевченко О. П., Суремченко Н.С. и соавт. Захворюваність ВІЛ-інфікованих на дерматовенерологічну патологію у Дніпропетровському регіоні // Дерматол. та венерол. — 2008. — № 3 (41). — С. 56–61.
11. Степаненко Р.Л. Патогенетична роль імунних факторів у формуванні запального процесу при псоріазі // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. — 2013. — № 4 (51). — С. 84.
12. Халдин А.А., Новоселов В.С., Львов А.Н. Розацеа у ВИЧ-інфікованих // Рос. журн. кожн. и венерич. болезней. — 2007. — № 3. — С. 62–64.

I.V. Кулешов¹, В.М. Лін¹, М.М. Цабак¹, О.М. Кіріуцов¹, С.В. Кулешова¹, Т.Л. Дмитриченко¹,
I.V. Рождєственська¹, Л.М. Трубчанінова¹, Г.Л. Кругленко²

¹ ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

² ОКЗ «Криворізький центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

Дерматологічні аспекти ВІЛ-інфекції: власні спостереження

Ураження шкіри та слизової оболонки є значущими клінічними виявами ВІЛ-інфекції. Дерматози, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, характеризуються стійкою, зростаючою тяжкістю; можуть виникати атипові симптоми; ці дерматози стійкі до терапії; вони часто пов'язані з лімфаденопатією. Ці критерії можуть бути достатньою підставою для припущення про наявність ВІЛ-інфекції, особливо беручи до уваги вісцеральні і системні порушення, а також загальний стан пацієнта.

До 92 % ВІЛ-інфікованих страждають на різні дерматози. У 72 % хворих виникають одночасно два і більше захворювань шкіри. Ураження шкіри і слизових оболонок у пацієнтів з ВІЛ часто є одним з перших виявів ВІЛ-інфекції. Звідси зрозуміло, що роль дерматовенеролога полягає в своєчасному виявленні ВІЛ-інфекції. Спектр ураження шкіри при ВІЛ-інфекції надзвичайно широкий. Умовно можна виділити три основні групи дерматозів: інфекційні, неінфекційні та неопластичні.

Наведено клінічні приклади маніфестації дерматологічної патології у ВІЛ-інфікованих хворих як перші вияви ВІЛ-інфекції.

Обстеження на ВІЛ-інфекцію проводилися в клініко-діагностичній лабораторії обласного комунального закладу «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер» з постановкою швидких імунохроматографічних тестів Wantai Bio-Pharm та проведенням імуноферментних досліджень з використанням імуноферментних тест-систем для визначення антитіл до вірусу імунодефіциту людини першого і другого типів «Рекомбінант-ВІЛ 1,2-МБА МедБіоАльянс, Україна».

ВІЛ-статус у обстежуваних пацієнтів підтверджений референс-лабораторією Криворізького центру з профілактики та боротьби зі СНІДом.

Розглянуто клінічні випадки виявлення ВІЛ-інфекції у хворих з різними дерматозами: зокрема, у пацієнта з себореїним дерматитом і поширеною стрептодермією, у хворого на пустульозний псоріаз, у пацієнтки з розацеа. Описані випадки ВІЛ-асоційованої токсикодермії та кропив'янки.

Наявність у ВІЛ-інфікованих хворих різноманітної опортуністичної інфекції, а також різноманітних дерматологічних виявів потребує більшої настороженості від лікарів-дерматовенерологів та сімейних лікарів, як лікарів першого контакту щодо таких пацієнтів, з метою покращення своєчасної діагностики та ефективності лікування.

Ключові слова: ВІЛ-позитивні хворі, захворювання шкіри.

I.V. Kuleshov¹, V.M. Lin¹, M.M. Tsabak¹, O.M. Kiriutsov¹, S.V. Kuleshova¹, T.L. Dmytrychenko¹,
I.V. Rozhdestvenska¹, L.M. Trubchaninova¹, G.L. Kruglenko²

¹ RCI «Kryvyi Rih Dermato-Venerologic Dispensary»

² RCI «Kryvyi Rih AIDS Prevention and Control Centre»

Dermatological aspects of HIV infection: personal clinical observation

Skin and mucous membrane lesions are significant clinical manifestations of HIV infection. Dermatoses associated with HIV infection are characterized by persistent, increasing severity. Atypical symptoms may occur. These dermatoses are resistant to therapy. They are often associated with lymphadenopathy. These criteria are sufficient grounds for supposing the presence of HIV infection, especially when taking into account visceral and systemic abnormalities, as well as the general status of the patient.

Up to 92 % of HIV-infected people suffer from various dermatoses. In 72 % of patients, two or more skin diseases occur simultaneously. Skin and mucous membrane lesions in patients with HIV are often one of the first manifestations of HIV infection. Hence, the role of the dermatovenerologist consists in the timely detection of HIV infection. The spectrum of skin lesions in HIV infection is extremely wide. Conventionally, there are three main groups of dermatoses: infectious, noninfectious and neoplastic.

Clinical examples were given of skin pathologies manifestation in HIV-infected patients as the first HIV infection display in the patients.

Examination on HIV infection was conducted in the clinicodiagnostic laboratory of regional communal establishment «Kryvyi Rih Dermatovenerologic dispensary» with making rapid immunochromatographic tests «Wantai BioPharm» and carrying out immunoassay studies using immunoassay systems for the determination of antibodies to the human immunodeficiency virus of the first and second types «Recombinant-HIV 1,2-MBA MedBioAlliance, Ukraine».

HIV-status in the inspected patients was confirmed by the referencelaboratory of Kryvyi Rih AIDS Prevention and Control Centre.

Clinical cases of HIV infection in patients with various dermatoses were considered, in particular, in a patient with seborrheic dermatitis and disseminated streptoderma, in a patient with pustular psoriasis, in a patient with rosacea. Cases of HIV associated with toxicoderma and urticaria were described.

The presence of various opportunistic infections in HIV-infected patients, as well as various dermatological manifestations, requires greater vigilance of dermatologists and family doctors as first-time doctors in order to improve timely diagnosis and treatment effectiveness.

Key words: HIV-positive patients, skin pathology.

Дані про авторів:

Кулешов Іван Васильович, гол. лікар ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»
50071, м. Кривий Ріг, вул. Володимира Великого, 25
E-mail: kuleshov@darlics.com.ua

Лін Володимир Миколайович, лікар-дерматовенеролог ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

Цабак Микола Миколайович, зав. диспансерного відділення ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

Кіріуцов Олександр Михайлович, лікар-дерматовенеролог ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

Кулешова Світлана Валентинівна, лікар-інфекціоніст ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

Дмитриченко Тетяна Леонідівна, зав. клініко-діагностичної лабораторії ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

Рождественська Ірина Валеріївна, біолог клініко-діагностичної лабораторії ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

Трубчанінова Людмила Миколаївна, лікар-дерматовенеролог ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

Кругленко Геннадій Леонідович, гол. лікар ОКЗ «Криворізький центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»