

И.В. Кулешов, В.Н. Лин, Н.Н. Цабак, А.М. Кириуцов, И.В. Савинова
ОКУ «Криворожский кожно-венерологический диспансер»

Дерматологические аспекты ВИЧ-инфекции: собственные наблюдения

Приведены клинические примеры манифестации дерматологической патологии у ВИЧ-инфицированных больных как первые проявления ВИЧ-инфекции.

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

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 [3]. В связи с этим понятна важная роль дерматологического симптомокомплекса в своевременном распознавании ВИЧ-инфекции.

У ВИЧ-инфицированных наблюдается дискордатность иммунных реакций в коже вследствие прямого поражения ВИЧ основных иммунокомпетентных клеток: Т-лимфоцитов, макрофагов, клеток Лангерганса [1].

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.

Больная М. (1973 г. рождения) обратилась в кожнодиспансер 22.09.2016 г. В августе 2016 г. у нее появилась повышенная ранимость кожи тыльной поверхности кистей. На этих местах стали образовываться пузыри, корочки. Страдает гепатитом С.

Локальный статус от 22.09.2016 г.: на коже тыльной поверхности кистей эрозии, покрытые геморрагическими корками, гипо- и депигментированные рубчики. На левой кисти — пузырь с серозным содержимым размером 4,0 × 2,5 см, возвышающийся над поверхностью кожи на

0,5 см (рис. 1). Отмечается красно-коралловое свечение мочи в лучах лампы Вуда.

Диагноз: поздняя кожная порфирия. Выявлена ВИЧ-инфекция.

В сложном многофакторном патогенетическом механизме развития поздней кожной порфирии (ПКП) вирусу гепатита С (HCV) отводят роль триггерного фактора, способствующего возникновению и прогрессированию нарушений метаболизма порфиринов и поражений печени [5].

Частота выявления антител к HCV у больных ПКП составляет 53–82 % [10].

Одним из основных факторов риска передачи HCV — половые контакты, при которых инфицируются около 4–5 % больных [5].

По прогнозам, среди других путей передачи ВИЧ половой будет оставаться ведущим [6]. Поэтому возможно одновременное или последовательное заражение, помимо HCV и ВИЧ.

В доступной литературе не найдено информации о случаях возникновения периорального дерматита у ВИЧ-инфицированных. Приводим наше наблюдение.

Больная Б. (1980 г. рождения) обратилась в КВД 13.03.2016 г. В июле 2015 г. у нее в периоральной области появились высыпания. Самостоятельно применяла различные наружные средства.

Локальный статус: на коже верхней и нижней губы, носогубных складок, подбородка нефолликулярные диаметром 1–2 мм полусферические папулы розово-красного цвета, сливающиеся



Рис. 1. Поздняя кожная порфирия



Рис. 2. Периоральный дерматит



Рис. 3. Геморрагический васкулит



Рис. 4. Спиноцеллюлярная эпителиома



Рис. 5. Саркома Капоши

еся в очаги с нечеткими границами. Отмечается узкий размером 2—3 мм ободок неповрежденной кожи вокруг красной каймы губ (рис. 2). Субъективных ощущений не отмечает.

D. folliculorum в материале с элементов сыпи не обнаружен.

Диагноз: периоральный дерматит. Выявлена ВИЧ-инфекция.

Ряд авторов отмечают, что дисфункции со стороны иммунной системы являются одной из возможных причин возникновения и развития периорального дерматита [4, 8].

У ВИЧ-инфицированных довольно часто бывают сосудистые поражения кожи. Клинические проявления их варьируют от многочисленных телеангиэктазий до геморрагического васкулита и тромбоцитопенической пурпуры [1].

Больная Б. (1972 г. рождения) сама обратилась в КВД 06.06.2016 г. Внезапно 30.05.2016 г. у нее на верхних и нижних конечностях появились пятнистые высыпания. Какие-либо медикаменты накануне не принимала.

Локальный статус: на верхних и нижних конечностях (рис. 3) геморрагические пятна раз-

мером 2–4 мм синюшно-красного цвета, резко ограниченные, расположенные симметрично. В области нижней трети голени элементы сливаются между собой. Более крупные высыпания несколько возвышаются над уровнем кожи. Субъективных ощущений нет.

Общие анализы крови, мочи в пределах нормы, КСР — отрицательный.

Диагноз: геморрагический васкулит (*purpura simplex*). Выявлена ВИЧ-инфекция.

У ВИЧ-инфицированных могут возникнуть два и более патологических процесса в коже. Каждая из них может быть маркером ВИЧ-инфекции.

Мы наблюдали ВИЧ-инфицированного пациента, у которого возникли саркома Капоши и спиноцеллюлярная эпителиома.

Саркома Капоши выявлена у 6,6 % ВИЧ-инфицированных [7].

Спиноцеллюлярная эпителиома — одна из форм рака кожи, которая наиболее часто встречается у ВИЧ-инфицированных. Учитывая выраженный дефект клеточно-опосредованного иммунитета, спиноцеллюлярные эпителиомы у ВИЧ-инфицированных больных склонны к инвазивному росту [2].

Больной Я. (1940 г. рождения) обратился в КВД 28.05.2015 г. В январе 2015 г. у него на коже кончика носа появилась язвочка, одновременно на коже кистей, предплечий, голени, стоп по-

явились опухолевидные образования. Со временем язвочка увеличилась, количество опухолевидных элементов возросло.

Локальный статус: на коже кончика носа язва неправильной формы размером 2,0 × 1,5 см с плотными валикообразными краями. Дно язвы покрыто буровато-коричневыми корками (рис. 4). На тыльной поверхности кистей (рис. 5), предплечий, голени, стоп симметрично расположены узловатые элементы синюшно-бурого цвета плотноэластической консистенции от 0,5 до 1,2 см в диаметре.

КСР, РИФ — отрицательные.

С предварительными диагнозами: спиноцеллюлярная эпителиома? саркома Капоши? больной направлен в онкодиспансер. Результаты гистологических исследований подтвердили оба диагноза.

У больного Я. была 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 большой 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 / ЦМК МЗО Украины 1993. — С. 11–20.
2. ВИЧ-инфекция в дерматовенерологической практике: метод. указания / ЦМК МЗО Украины 1993. — С. 27.
3. Гяургиева О.А., Корнищева В.Г. и соавт. Об этиологии язвенных поражений при ВИЧ-инфекции // Вест. дерматол. и венерол. — 1995. — № 6. — С. 50–51.
4. Коган Б.Г., Степаненко В.І. Порушення імунного статусу організму хворих на розацеа, демодекоз і періоральний дерматит з урахуванням патогенетичного значення інвазії шкіри кліщами демодецидами // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. — 2005. — № 1. — С. 33.
5. Кривошеев Б.Н., Кривошеев А.Б. Вирус гепатита С и болезни кожи // Рос. журн. кожных и венерологических болезней. — 2008. — № 5. — С. 43–47.
6. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии. — Харьков: Факт, 2007. — С. 657–658.
7. Проценко О.А. Клинико-эпидемиологический анализ ВИЧ-ассоциированных дерматозов // Дерматовенерол., косметол., сексопатол. — 2007. — № 1–4. — С. 137–139.
8. Федотов В.П. Розацеа и амикробные пустулезы. Клиническая лекция // Дерматовенерол., косметол., сексопатол. — 2009. — № 1–2. — С. 152.
9. Фицпатрик Т., Джонсон Р. и др. Дерматология. Атлас-справочник. — М.: Практика, 1999. — 230 с.
10. Халдин А.А., Олисова О.Ю. и др. К вопросу о диагностике поздней кожной порфирии // Рос. журн. кожных и венерологических болезней. — 2004. — № 6. — С. 32–36.

І.В. Кулешов, В.М. Лін, М.М. Цабак, О.М. Кіріуцов, І.В. Савінова

ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

Дерматологічні аспекти ВІЛ-інфекції: власні спостереження

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

Різноманітність дерматологічних виявів у ВІЛ-інфікованих хворих з метою своєчасної діагностики ВІЛ-інфекції потребує більшої настороженості від дерматовенерологів та сімейних лікарів як лікарів першого контакту з пацієнтами.

Ключові слова: ВІЛ-позитивні хворі, захворювання шкіри.

I.V. Kuleshov, V.M. Lin, M.M. Tsabak, O.M. Kiriutsov, I.V. Savinova

RCl «Krivoi Rog Dermato-Venerologic Dispensary»

Dermatological aspects of HIV infection: personal clinical observation

Clinical examples of skin pathology as first HIV infection manifestation in HIV-infected patients have been presented.

The variety of dermatological manifestations of HIV in patients demands greater vigilance of specialists in skin and venereal diseases and family doctors as ones being in touch with those patients first of all, with the purpose of improving the timely diagnosis of HIV infection.

Key words: HIV-positive patients, skin pathology.

Дані про авторів:

Кулешов Іван Васильович, гол. лікар ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»

50071, Дніпропетровська обл., м. Кривий Ріг, вул. Мелешкіна, 25

Тел. (0564) 64-04-22. E-mail: kuleshovKVD@ukr.net

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

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

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

Савінова Ірина Валеріївна, біолог ОКЗ «Криворізький шкірно-венерологічний диспансер»