

УДК [616.98: 578.828.6]-06: 616.5

## СПИД-ИНДИКАТОРНЫЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА

**В. Д. Елькин<sup>1\*</sup>, М. Ю. Коберник<sup>1</sup>, О. Е. Микова<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера,

<sup>2</sup>Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями,  
г. Пермь, Российская Федерация

## AIDS-INDICATOR DERMATOLOGICAL SYNDROME IN HIV-INFECTED PATIENT

**V. D. Elkin\*, M. Yu. Kobernik, O. E. Mikova**

<sup>1</sup>Perm State Medical University named after E. A. Wagner, Perm, Russian Federation

<sup>2</sup>Perm Regional Center for Prevention and Fight against AIDS and Infections Diseases,  
Perm, Russian Federation

Представлено клинико-лабораторное описание случая дерматологических изменений у пациентки с терминальной стадией ВИЧ-инфекции, которые характеризовались развитием на фоне выраженного иммунодефицита сразу нескольких оппортунистических инфекций кожи: контагиозного моллюска, вульгарных бородавок, кандидоза, волосатой лейкоплакии.

**Ключевые слова.** ВИЧ-инфекция, CD4-лимфоциты, иммунодефицит, оппортунистические инфекции.

A clinicolaboratory description of the case of dermatological changes in a patient with terminal HIV-infection stage, which were characterized by development of some opportunistic skin infections (contagious molluscum, vulgar verruca, candidiasis, hairy leukoplakia) against the background of marked immune deficiency, is presented.

**Key words.** HIV-infection, CD4-lymphocytes, immunodeficiency, opportunistic infections.

В последние годы отмечается высокая пораженность ВИЧ-инфекцией населения Российской Федерации [3, 4]. К настоящему времени в Пермском крае, по данным Пермского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, зарегистрировано 19 308 случаев ВИЧ-инфекции, было выявлено 17 100 человек, живущих с ВИЧ, показатель распространенности – 649,2 на 100 тыс. населения.

В 2013 г. умерли 2208 ВИЧ-инфицированных человек. В Пермском крае преобладает половой путь инфицирования – 49,7 % (в г. Перми – 44,6 %). Парентеральный путь заражения при внутривенном употреблении психоактивных веществ – 48,5 % (в г. Перми – 53,4 %). ВИЧ-инфицированными матерями рождены 2 778 детей, в том числе в 2013 г. – 352. Диагноз ВИЧ-инфекции поставлен 148 детям, из них 92 рождены от матерей с уста-

© Елькин В. Д., Коберник М. Ю., Микова О. Е., 2015  
e-mail: rector@psma.ru  
тел. 8 (342) 226 18 94

[Елькин В. Д. (\*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии; Коберник М. Ю. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии; Микова О. Е. – заместитель главного врача по медицинской части].

новленным диагнозом ВИЧ-инфекции, 54 – от матерей с иммуноферментным отрицательным анализом на момент родов, 2 – прибыли с других территорий. В местах лишения свободы находятся 2966 ВИЧ-инфицированных, из них: жители Пермского края – 2118 человек, жители других регионов РФ – 770 человек, иностранные граждане – 78 человек.

**Клиническая характеристика дерматологических изменений при ВИЧ-инфекции.** ВИЧ-инфекция – медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека, поражающего иммунную систему, в результате чего организм становится высоковосприимчив к оппортунистическим инфекциям и опухолям, которые в конечном итоге приводят к гибели больного [1]. Она сопровождается развитием вирусных, грибковых, бактериальных дерматозов и злокачественных новообразований кожи, имеющих свои клинические особенности [2]. Контагиозный моллюск – заболевание, вызываемое ДНК-содержащим вирусом из группы оспы, характеризуется появлением мелких полусферических высыпаний размером с булавочную головку, восковидного, телесного или розового цвета с пупковидным вдавлением в центре, заполненным роговыми массами. У взрослых контагиозный моллюск относится к инфекциям, передающимся половым путем, при этом поражаются обычно гениталии и кожа нижних отделов живота. У ВИЧ-инфицированных высыпания чаще локализуется на коже лица, элементы быстро распространяются на шею и волосистую часть головы, увеличиваются в размерах, могут сливаться друг с другом вплоть до формирования массивных образований и изъязвляться. После удаления рецидивы почти неизбежны [3]. У инфицированных ВИЧ наблюдается повышенная склонность к появлению обыкновенных бородавок, чаще на

лице, во рту, в аногенитальной области, отмечается тенденция к генерализации высыпаний и резистентность к терапии [5]. Микотические заболевания кожи при ВИЧ-инфекции чаще всего представлены кандидозом и руброфитией. Кандидозу как дерматологическому симптому ВИЧ-инфекции присущи следующие особенности: поражение лиц молодого возраста, особенно мужчин, преимущественное вовлечение в процесс слизистых полости рта, половых органов и перианальной области, тенденция к образованию обширных очагов, сопровождающихся болезненностью, склонность к эрозированию и изъязвлению [6, 7]. Безусловным СПИД-индикаторным заболеванием является волосатая лейкоплакия, так как при других заболеваниях она не описана. Вероятным возбудителем считается вирус Эпштейна–Барр или папилломавирус человека, возможно их сочетание. Также существует предположение, что волосатая лейкоплакия – это разновидность обычных бородавок, локализующихся на слизистой оболочке рта. Клинически волосатая лейкоплакия представляет собой утолщение слизистой оболочки белого цвета, с нечеткими границами и неровной, «гофрированной», как бы покрытой волосками поверхностью за счет нитевидных разрастаний эпителия. Разрастания имеют размеры от 2–3 мм до 2–3 см. Волосатая лейкоплакия служит плохим прогностическим признаком [1]. Кожные заболевания появляются более чем у 90 % ВИЧ-инфицированных, при этом характерно сочетание сразу 2–4 дерматологических нозологий [3, 4].

**Описание собственного наблюдения.** Женщина, 39 лет, поступила в 2013 г. в ГКУЗ «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» с жалобами на множественные, длительно существующие, сопровождающиеся незначительным зудом высыпания на коже, слабость, сухость полости рта, язвы в ротовой полости, невозможность гло-

тать, чувство «комка в горле». Из анамнеза известно, что в 2002 г. у нее была выявлена ВИЧ-инфекция, однако женщина в Пермском краевом центре не наблюдалась, лечение не принимала. Половые контакты с ВИЧ-инфицированными, внутривенные инъекции отрицает. Женщина имела две беременности, первая из которых закончилась физиологическими родами, вторая – медицинским абортom в 2002 г. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Положение в постели активное. Контактна. Увеличены все группы лимфоузлов.

Локальный статус: кожные покровы бледные, сухие, тургор и эластичность снижены, сало- и потоотделение уменьшены, оволосение по женскому типу. Дермографизм красный. Кожный патологический процесс носит распространенный характер. В области верхней части груди, области передней брюшной стенки, боковой поверхности туловища располагаются полупрозрачные, гладкие, беловатого цвета папулы полусферической формы размером с булавочную головку, в центре имеется пупковидное вдавление, из которого при надавливании пинцетом выделяется кашицеобразная масса.

На тыле кистей определяются множественные плотные папулы с бородавчатой поверхностью цвета нормальной кожи, диаметром 0,5–0,8 см.

Слизистая полости рта гиперемирована, в зеве наблюдается густой творожистый налет. Язык обложен белым налетом, удаление которого осуществляется с трудом и сопровождается болезненностью. После снятия налета образуются эрозированные и кровоточащие участки.

На боковых поверхностях языка – бляшки белого цвета, с нечеткими границами, неоднородной структуры, с неровной, «гофрированной» поверхностью за счет нитевидных разрастаний эпителия слизистой оболочки, которая как бы покрыта волосками. Субъективные ощущения в области бляшек у пациентки отсутствуют.

Дополнительное обследование:

1. Иммунограмма: CD4 43 кл. (7 %), CD8 360 кл. (60 %), Т-лимфоциты 420 кл. (67 %), CD4/CD8 (0,12).

2. Посев из зева: *Candida albicans* – 1 000 000 КОЕ/мл.

3. РНК ВИЧ-1 – более 500 000.

Данные общего анализа крови и микрофлоры толстого кишечника на момент поступления представлены в табл. 1, 2.

Таблица 1

#### Общий анализ крови на момент поступления

Показатель	Референтный интервал	Результат
Эритроциты, $10^{12}$ /л	4–5	3,9
Гемоглобин, г/л	120–160	115
Тромбоциты, $10^9$ /л	160–390	310
Лейкоциты, $10^9$ /л	4–8,8	4,6
Эозинофилы, %	0–5	2
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1–6	1
Нейтрофилы сегментоядерные, %	45–70	83
Лимфоциты, %	18–40	7
Моноциты, %	2–9	7
СОЭ, мм/ч	4–15	52

Таблица 2

#### Протокол анализа микрофлоры толстого кишечника на момент поступления

Вид микроорганизмов	Нормальные значения, КОЕ/г	Результат
Бифидобактерии	$10^9$ – $10^{10}$	$10^8$
Лактобактерии	$10^7$ – $10^8$	$3 \cdot 10^8$
Бактероиды	$10^9$ – $10^{10}$	–
Энтерококки	$10^5$ – $10^8$	$3 \cdot 10^7$
Фузобактерии	$10^8$ – $10^9$	Не обнаруживаются
Эубактерии	$10^9$ – $10^{10}$	Не обнаруживаются
Пептострептококки	$10^9$ – $10^{10}$	Не обнаруживаются
Клостридии	$10^5$	Менее $10^3$
<i>E. coli</i> типичные	$10^7$ – $10^8$	$3 \cdot 10^8$

Окончание таблицы 2

Вид микроорганизмов	Нормальные значения, КОЕ/г	Результат
<i>E. coli</i> лактозонегативные	Менее 10 <sup>5</sup>	Не обнаруживаются
<i>E. coli</i> гемолитические	Не обнаруживаются	Не обнаруживаются
Условно-патогенные энтеробактерии	Менее 10 <sup>4</sup>	Не обнаруживаются
Стафилококк золотистый	Не обнаруживаются	Не обнаруживаются
Стафилококки (сапрофитный, эпидермальный)	10 <sup>4</sup>	Менее 10 <sup>3</sup>
Дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>	10 <sup>4</sup>	Менее 10 <sup>3</sup>
Неферментирующие бактерии	10 <sup>4</sup>	10 <sup>6</sup>

На основании данных анамнеза и клинико-лабораторных исследований пациентке был установлен диагноз: ВИЧ 4 «Б» ст., фаза прогрессирования на фоне начатой антиретровирусной терапии. Кандидоз СОПР. Фарингомикоз. Волосатая лейкоплакия. Контагиозный моллюск. Вульгарные бородавки.

### Выводы

ВИЧ-инфекция в отсутствие адекватного лечения неуклонно прогрессирует и приблизительно через 10 лет достигает до терминальной стадии. При этом отмечается гибель лимфоцитов, особенно CD4-лимфоцитов (хелперов), и развитие выраженного иммунодефицита, что подтверждается данными общего анализа крови (лимфоциты – 7 %) и иммунологического исследования: CD4 43 кл. (7 %), CD8 360 кл. (60 %), Т-лимфоциты – 67 %. Происходит поражение кожи и слизистых, особенно желудочно-кишечного тракта

с формированием дисбиотического состояния. Дерматологические изменения носят генерализованный характер и отличаются развитием сразу нескольких оппортунистических инфекций (контагиозный моллюск, кандидоз, вульгарные бородавки, волосатая лейкоплакия). Стоит особо отметить одновременное наличие у больной четырех оппортунистических инфекций, что является клиническим маркером иммунодефицита и может расцениваться как ВИЧ-индикаторный дерматологический синдром.

### Библиографический список

1. *Клаттербак Д.* Инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ: пер. с англ. под ред. В. В. Покровского, Н. Н. Потеева. Практическая медицина 2013; 266.
2. *Покровский В. В.* Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции. М.: Медицина 1996; 236.
3. *Покровский В. И., Покровский В. В.* СПИД. М.: Медицина 2007; 292.
4. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Федеральный закон № 38-ФЗ от 30 марта 1995 г., available at: [www.hivrussia.ru/doc/08.shtml](http://www.hivrussia.ru/doc/08.shtml).
5. *Gazzard B.* AIDS care handbook. London: Mediscript 2002.
6. *Johnson R. P.* The dynamics of T-lymphocyte turnover in AIDS. AIDS 2000; 14: S3–S9.
7. *Moyle G. J., Sutinen J.* Managing HIV lipodystrophy – commentary. Lancet 2004; 363 (9 407): 412–414.

Материал поступил в редакцию 24.10.2014