

ХРОНИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЗЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ

[О. Б. Немчанинова¹](#), [А. А. Бугримова^{1,2}](#)

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)

²ГБУЗ НСО «Новосибирский областной кожно-венерологический диспансер»
(г. Новосибирск)

В статье рассмотрены особенности клиники и течения хронических дерматозов у ВИЧ-инфицированных пациентов. Показано, что такие хронические дерматозы, как псориаз, себорейный дерматит, экзема, акне, периоральный дерматит, атопический дерматит могут дебютировать в любой стадии ВИЧ-инфекции. У большинства пациентов — 53 (91,3 %) — дебют или обострение кожного заболевания наблюдались в стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции. В 37,9 % случаев процесс имел вялотекущее и непрерывно-рецидивирующее течение. Сочетание двух кожных патологий наблюдалось у 22-х пациентов (37,9 %). У всех обследованных пациентов в стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции наблюдался выраженный иммунодефицит по Т-клеточному звену с высокой «вирусной нагрузкой».

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, псориаз, себорейный дерматит (СД), экзема, акне, периоральный дерматит (ПД), атопический дерматит (АД).

Немчанинова Ольга Борисовна — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 225-07-43, e-mail: sadv.nsk@mail.ru

Бугримова Анна Александровна — аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», врач-дерматолог «Кожно-венерологический диспансер № 1», контактный телефон: 8 (383) 225-07-43, e-mail: sadv.nsk@mail.ru

Введение. При ВИЧ-инфекции поражение кожных покровов и слизистых оболочек встречается примерно в 90 % случаев. Это связано с вовлечением вируса

иммунодефицита человека в ведущие дермальные иммунные реакции [2].

У ВИЧ-инфицированных пациентов все поражения кожи и слизистых оболочек условно разделяют на несколько групп: инфекционные, неопластические, аллергические реакции и другие дерматозы с неясным патогенезом. Инфекционные и неопластические заболевания чаще обусловлены выраженной иммунодепрессией. Появление дерматозов неясного генеза, возможно, связано с непосредственным действием ВИЧ на кожу и слизистые оболочки [1-5].

Особый интерес представляет изучение у пациентов с ВИЧ-инфекцией группы дерматозов с неясным патогенезом (себорейный дерматит, псориаз, экзема, ихтиоз, васкулит и др.). Эти заболевания могут регрессировать, появляться вновь, давать различные сочетания друг с другом, сменяться одно другим, принимать упорное рецидивирующее течение или рецидивировать с развитием более распространенных и тяжелых форм [1, 2, 5].

Целью исследования является оценка особенностей клинического течения хронических дерматозов у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 58 человек, у которых ВИЧ-инфекция сочеталась с такими хроническими заболеваниями кожи, как себорейный дерматит, псориаз, экзема, атопический дерматит, акне, периоральный дерматит. В процессе исследования проводились сбор анамнеза заболевания, осмотр пациентов, исследование иммунного статуса: определение количества Т-лимфоцитов (CD4, CD8); иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8), «вирусной нагрузки» (количественное исследование РНК ВИЧ-1).

Результаты и их обсуждение. На базе Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Новосибирска было обследовано 58 человек в возрасте от 20 до 56 лет, среди них 47 мужчин и 11 женщин. Всем пациентам была диагностирована ВИЧ-инфекция, при этом длительность заболевания (от момента обнаружения антител к ВИЧ) варьировала от 1-го месяца до 15-ти лет. На момент осмотра стадии заболевания были следующими: субклиническая — у 4-х пациентов (6,9 %), стадия вторичных заболеваний 4А — у 35-ти (60,4 %), 4Б — у 11-ти (18,9 %), 4В — у 8-ми (13,8 %) пациентов.

Кроме того, у всех пациентов имели место сопутствующие хронические дерматозы: себорейный дерматит — у 22-х (37,9 %) пациентов, псориаз — у 19-ти (32,7 %), экзема — у 6-ти (10,3 %), атопический дерматит — в 2-х (3,4%) случаях, акне — в 8-ми (13,7 %), периоральный дерматит — у 1-го (2 %) пациента. При этом в 37,9 % случаев отмечалось сочетание дерматозов, из них по 36,4 % составили случаи сочетания себорейного дерматита с псориазом или акне (по 8 человек), у 6-ти человек (27,2 %) — псориаза и акне.

При исследовании иммунного статуса у пациентов с ВИЧ-инфекцией на стадии вторичных заболеваний (4А, 4Б, 4В) количество CD4-лимфоцитов было снижено и находилось в пределах 11-449 кл/мкл (норма 470-1298 кл/мкл), количество CD8-лимфоцитов колебалось в пределах от 113 до более чем 2000 кл/мкл (норма 208-796 кл/мкл). При этом у 46-ти (85,2 %) человек данный показатель превышал верхнюю границу нормы, у 6-ти (11,1 %) пациентов — находился в пределах нормальных значений и у 6-ти (11,1 %) человек — не достигал нормы. Значение ИРИ во всех случаях было ниже уровня нормального значения 0,22-0,87 (норма 0,92-2,8).

Таким образом, у всех пациентов в стадии вторичных заболеваний наблюдался выраженный иммунодефицит по Т-клеточному звену за счет снижения количества

CD4-лимфоцитов, повышения в 85,2 % случаев количества CD8-лимфоцитов, что соответственно приводило к уменьшению значения ИРИ.

У всех 4-х пациентов с субклинической стадией значения CD4, CD8 — лимфоцитов и ИРИ было в пределах нормы.

«Вирусная нагрузка» у всех обследованных пациентов была высокой — от $1,2 \times 10^4$ до $1,0 \times 10^7$ копий/мл, что связано с активной репликацией вируса.

Чаще всего у 22-х человек (37,9 %) из обследованной группы диагностировался себорейный дерматит, причем чаще у лиц мужского пола. Давность себорейного дерматита (СД) варьировала от 1-го месяца до 7-ми лет. У половины пациентов обострения заболевания отмечались от 3-х до 6-ти раз в год. У 7-ми (31,8 %) пациентов, страдавших СД не более 6-ти месяцев, отмечалось непрерывное течение процесса, а у 4-х (18,2 %) пациентов частота обострений заболевания не превышала 1-го раза в год. Во всех случаях СД возник на фоне уже диагностированной ВИЧ-инфекции.

Клинические проявления СД имели как распространенный, так и ограниченный характер, с преимущественной локализацией на волосистой части головы, лице, реже — на коже груди и спины. У 18-ти пациентов дерматоз проявлялся в виде единичных бледно-розовых очагов с небольшим количеством желтоватых чешуек, умеренным шелушением на поверхности, корочки в основном локализовались на волосистой части головы. У 4-х пациентов высыпания имели более интенсивную темно-красную окраску с незначительным возвышением над уровнем здоровой кожи, выраженным шелушением и большим количеством рыхлых желтых корочек на поверхности. Субъективные ощущения в виде легкого зуда в области высыпаний было у 6-ти человек.

У 19-ти (32,7 %) из всех обследованных пациентов имел место псориаз, в том числе вульгарная форма — у 13-ти пациентов, эксудативный псориаз — у 6-ти. Давность кожного заболевания составляла от 2-х месяцев до 24-х лет. У 5-ти больных дебют псориаза совпал со временем обнаружения антител к ВИЧ, у 8-ми пациентов псориаз возник задолго до обнаружения антител к ВИЧ, а у 6-ти человек — уже на фоне ВИЧ-инфекции.

Лишь 3 пациента отмечали непрерывно-рецидивирующее течение псориаза на протяжении 6-ти — 8-ми месяцев, 14 человек отмечали обострения дерматоза от 1-го до 3-х раз в год, а у двоих пациентов псориаз ограничивался «дежурными бляшками» в области локтевых суставов на протяжении 2-х и 6-ти лет.

На момент первичного осмотра у 13-ти пациентов с вульгарным псориазом была стационарная и стационарно-регрессивная стадия заболевания, у больных с эксудативным псориазом — стационарная и прогрессивная стадии в 2-х и 4-х случаях соответственно. Все пациенты со стационарной стадией отмечали наличие папул и бляшек розового и неярко-розового цвета, иногда с синюшным оттенком на коже туловища, верхних и нижних конечностях. Инфильтрация в основании элементов была незначительной. Шелушение на поверхности высыпаний было необильным, крупно- или мелко-пластинчатым, встречались единичные чешуе-корки. У 4-х пациентов с прогрессивной стадией заболевания элементы локализовались на коже туловища, конечностей, волосистой части головы, в паховых складках и подмышечных впадинах. Высыпания были представлены многочисленными папулезными и бляшечными элементами, очагами парциальной эритродермии темно-розового и красного цвета. Инфильтрация в основании элементов была от умеренной до выраженной. Шелушение на поверхности элементов крупнопластинчатое, обильное, единичные плотные

чешуе-корки. Некоторые элементы в области дистальных отделов конечностей имели синюшный оттенок. У 3-х пациентов высыпания локализовались в области ладоней и подошв, тыльной поверхности кистей, стоп и околоногтевых валиков. Изменения ногтевых пластинок кистей и стоп наблюдались у 8-ми человек (42,1 %) и были представлены в виде частичного онихолизиса в дистальных отделах, дисхромии (желтого, серо-желтого цвета), симптома «наперстка», поперечной исчерченности, подногтевого гиперкератоза.

У всех 8-ми больных с акне на момент осмотра отмечалась средняя степень тяжести заболевания, а длительность составила от 5-ти до 12-ти лет. Во всех случаях акне возникло до постановки диагноза ВИЧ-инфекции и имело непрерывно-рецидивирующий, вялотекущий характер течения. Кожный патологический процесс был ограничен и приурочен к коже спины, груди, лица. Морфологически — представлен единичными бледно-розовыми папулами, комедонами, многочисленными пустулами и атрофическими рубцами с синюшным оттенком.

Экзема у обследованных пациентов дебютировала от 4-х месяцев до 2-х лет назад, причем в 5-ти (83,3 %) случаях этот дерматоз возник уже на фоне ВИЧ-инфекции. У 3-х (50 %) пациентов отмечалось непрерывно-рецидивирующее течение заболевания в течение 4-х — 6-ти месяцев, а 3 человека указали на обострения экземы 2 раза в год. У 3-х пациентов кожный патологический процесс был распространенным и локализовался на коже туловища, предплечий, голеней, тыльной поверхности кистей, стоп, а у 3-х больных — ограничен кожей нижних конечностей. Морфологически процесс представлен эритематозно-сквамозными элементами диаметром от 1,0 до 10–15 см с нечеткими, фестончатыми краями, неярко-красного цвета, местами с коричневым оттенком, на поверхности очагов единичные геморрагические и серозные корочки.

У всех пациентов с экземой наблюдались изменения от 1-го до 5-ти ногтевых пластинок на стопах в виде подногтевого гиперкератоза и дисхромии грязно-желтого цвета.

Периоральный дерматит (ПД) наблюдался у 1-й пациентки, и возник он на фоне ВИЧ-инфекции. На протяжении 1,5 лет течения заболевания наблюдалось его непрерывно-рецидивирующее течение. Клиническая картина дерматоза была представлена единичными пустулами и папулезными элементами розового цвета, расположенными на бледно-розовом фоне с легким шелушением. Высыпания локализовались в периоральной области, на коже подбородка и щек.

Атопический дерматит (АД), наблюдавшийся у 2-х пациентов, в обоих случаях начался на первом году жизни, при этом у 1-й больной отмечалась длительная ремиссия в течение более 30-ти лет. На момент первичного осмотра обострение АД у нее длилось около 1-го года, тогда как ВИЧ-инфекция была диагностирована около 5-ти лет назад. Другой пациент с АД отмечал обострения заболевания 1 раз в 2–3 года, настоящее обострение — в течение 1,5 месяцев, а антитела к ВИЧ были у него впервые выявлены 3 месяца назад. Клинически патологический процесс был представлен очагами темно-красной гиперемии с нечеткими границами, расположенными в области сгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, на задней поверхности шеи. Имелась выраженная лихенификация, мокнущие, многочисленные серозными корки, ксероз вне очагов поражения, многочисленные линейные эксфолиации.

Выводы. Таким образом, большинство пациентов — 53 (91,3%) — с хроническими дерматозами наблюдались в стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции. В 39-ти случаях (67,2 %) кожная патология возникала на фоне ВИЧ-инфекции, 22 (37,9 %)

пациента с хроническими дерматозами имели вялотекущий и непрерывно-рецидивирующий характер течения заболевания на протяжении от 2-х месяцев до 1,5 лет. У 22-х (37,9 %) пациентов одновременно наблюдалось 2 кожных заболевания. При оценке иммунного статуса у всех пациентов в стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции наблюдался выраженный иммунодефицит по Т-клеточному звену за счет снижения количества CD4-лимфоцитов, снижения или повышения количества CD8-лимфоцитов и соответственно уменьшение значения ИРИ. «Вирусная нагрузка» у всех пациентов была высокой.

Список литературы

1. ВИЧ-инфекция : клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский [и др.] ; ред. В. В. Покровский. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2000. — С. 90.
2. Хрянин А. А. ВИЧ-инфекция : учебное пособие / А. А. Хрянин, С. С. Валихова, О. В. Решетников. — Новосибирск : Гео, 2007. — С. 40.
3. Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни : руководство для врачей : в 4-х т. / Ю. К. Скрипкин. — М. : Медицина, 1996. — Т. 4. — 352 с.
4. Cedeno-Laurent F. New insights into HIV-1-primary skin disorders / F. Cedeno-Laurent, M. Gómez-Flores, N. Mendez // J. Int. AIDS Soc. — 2011. — Vol. 14. — P. 5.
5. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. — М. : Р.Валент, 2010. — С. 490.

CHRONIC DERMATOSES AT HIV-POSITIVE PATIENTS: FEATURES OF CLINIC AND COURSE

[O. B. Nemchaninova¹, A. A. Bugrimova^{1,2}](#)

¹SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)

²SBHE NR «Dermatovenerologic Dispensary» (Novosibirsk)

Features of clinic and course of chronic dermatoses at HIV-positive patients are considered in the article. It is shown that such chronic dermatoses as psoriasis, seborrheal dermatitis, eczema, acne, perioral dermatitis, atopic dermatitis can come out in any stage of HIV infection. At most of patients — 53 (91,3 %) — the debut or an exacerbation of dermal disease were observed in a stage of secondary diseases of HIV infection. In 37,9 % of cases the process had a flaccid and continuous and relapsing progress. The combination of two dermal pathologies was observed at 22 patients (37,9 %). The expressed immunodeficiency on the T-cellular link with high «viral load» was observed at all examined patients in a stage of secondary diseases of HIV infection.

Keywords: HIV-infection, psoriasis, seborrheal dermatitis (SD), eczema, acne, perioral dermatitis (PD), atopic dermatitis (AD).

About authors:

Nemchaninova Olga Borisovna — doctor of medical science, professor, head of dermatovenerology and cosmetology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8(383) 225-07-43, e-mail: sadv.nsk@mail.ru

Bugrimova Anna Aleksandrovna — post-graduate student of dermatovenerology and cosmetology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», dermatovenerologist at SBHE NR «Dermatovenerologic Dispensary», office phone: 8 (383) 225-07-43, e-mail: sadv.nsk@mail.ru

List of the Literature:

1. HIV-infection : clinic, diagnostics and treatment / V. V. Pokrovsky [et al.] ; edition V. V. Pokrovsky. — M. : GEOTAR-media, 2000. — P. 90.
2. Khryanin A. A. HIV infection : manual / A. A. Khryanin, S. S. Valikhova, O. V. Reshetnikov. — Novosibirsk : Geo, 2007. — P. 40.
3. Skripkin Yu. K. Skin and venereal diseases : the management for doctors : in 4 v. / Yu. K. Skripkin. — M. : Medicine, 1996. — Vol. 4. — 352 p.
4. Cedeno-Laurent F. New insights into HIV-1-primary skin disorders / F. Cedeno-Laurent, M. Gómez-Flores, N. Mendez // J. Int. AIDS Soc. — 2011. — Vol. 14. — P. 5.
5. Bartlett J. Clinical aspects of HIV-infection / J. Bartlett, J. Gallant, P. Fam. — M. : R. Valent, 2010. — P. 490.