

# ОСОБЕННОСТИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ (ЭКЗАНТЕМ) ПРИ НЕКОТОРЫХ МЕДЛЕННЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Н. Н. Камка, Л. Л. Катаныхова, О. В. Козловская*

В статье обобщены основные кожные проявления ВИЧ-инфекции, гепатита С, дана их краткая характеристика. Основные виды дерматозов при указанных заболеваниях сведены в таблицу.

**Ключевые слова:** инфекционные заболевания, дерматоз, ВИЧ-инфекция, гепатит, вирус, иммунный статус, дифференциальная диагностика, профилактика, клинические проявления.

## ВВЕДЕНИЕ

Изменения кожного покрова могут быть одной из причин, заставляющих пациента обращаться за медицинской помощью. Нередко кожные заболевания сопутствуют основному заболеванию различной этиологии (кардиологические, неврологические, эндокринные, гастроэнтерологические, психические, инфекционные). С проблемой дифференциальной диагностики кожных проявлений довольно часто сталкиваются врачи различных специальностей: дерматовенерологи, инфекционисты, терапевты, педиатры и др. Процесс проведения диагностики экзантем имеет большое значение на ранних этапах постановки диагноза для подбора адекватной терапии с учетом основного заболевания [1-4].

Наиболее часто кожные проявления являются основным клиническим симптомом при инфекционных заболеваниях, которые в последние годы приобрели широкую распространенность среди населения самых различных стран мира, несмотря на большое количество противовирусных и антибактериальных препаратов. Некоторые инфекционные процессы могут дебютировать развитием кожных заболеваний, которые приобретают длительное течение с частыми рецидивами, не поддающимися стандартной терапии.

Поэтому при дифференциальной диагностике указанных заболеваний большое внимание нужно уделять медленным инфекциям вирусной этиологии, которые относятся к социально-значимым заболе-

ваниям, поскольку они наносят большой экономический ущерб и требуют назначения дорогостоящих препаратов.

**Цель работы** – изучить данные литературы о кожных проявлениях заболеваний с целью дифференциальной диагностики и своевременного лечения.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Учитывая вышеизложенное, рассмотрим кожные проявления заболеваний, с которыми наиболее часто сталкиваются в своей клинической практике специалисты поликлинического звена: к ним относятся ВИЧ-инфекция, хронический вирусный гепатит С (табл. 1). Следует отметить, что данные заболевания нередко протекают в виде коинфекции, создавая дополнительные проблемы для дифференциальной диагностики и лечения. Присоединение вирусного гепатита С может приводить к быстрому прогрессированию основного заболевания, в значительной мере утяжеляя его течение, вплоть до летального исхода [1].

В целях профилактики передачи ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита С и присоединения вторичной бактериальной микрофлоры при фактическом проведении диагностики кожных проявлений ведущие специалисты рекомендуют использовать неинвазивные методы исследования, в число которых в первую очередь входит дерматоскопия [2].

## FEATURES OF SKIN MANIFESTATIONS IN SOME SLOW VIRAL INFECTIOUS DISEASES

*N. N. Kamka, L. L. Katanakhova, O. V. Kozlovskaya*

The paper summarizes major skin features of HIV-infection, hepatitis C and offers their brief description. The major types of subordinate dermatoses are presented as a table.

**Keywords:** infectious diseases, dermatosis, HIV-infection, hepatitis, virus, immune status, differential diagnostics, prevention, clinical manifestations.

## Дерматозы, наиболее часто встречающиеся при хронических вирусных заболеваниях

ВИЧ-инфекция		Хронический вирусный гепатит С		
Грибковой этиологии	Кандидоз кожи и слизистых оболочек	Красный плоский лишай		
	Руброфития	Крапивница		
	Отрубевидный лишай	Кожный васкулит	Типичная пальпируемая сосудистая пурпура	
			Сосудистая пурпура в сочетании с крапивницей	
			Папулезно-геморрагические высыпания, не оставляющие пигментации	
			Папулезно-эритематозные высыпания	
			Ливедо	
Тромбоцитопеническая пурпура				
Себорейный дерматит		Поздняя кожная порфирия		
Вирусные дерматозы	Высыпания, вызванные ВПГ 1-го и 2-го типов	Неходжкинская лимфома кожи		
	Опоясывающий герпес и ветряная оспа	Системная и бляшечная склеродермия		
	Волосатая лейкоплакия	Дерматомиозит		
	Внезапная экзантема, вызванная вирусом герпеса 6 типа			
	Контагиозный моллюск			
	Остроконечные кондиломы			
Фолликулиты				
Пиодермиты	Импетиго	Витилиго		
	Эктимы			
	Шанкриформная пиодермия			
	Бациллярный ангиоматоз			
Чесотка				
Ангиопатии				
Папулло-сквамозные поражения кожи	Ксероз			
	Ихтиоз			
	Псориаз			
	Кератодермия			
Саркома Капоши				
В-клеточные лимфомы				

**Примечание:** составлено автором на основе источников [1–6].

**Гепатит С (HCV инфекция)** – это инфекционное заболевание с парентеральным путем передачи возбудителя, характеризующееся легким и субклиническим проявлением острой стадии, частым формированием

хронической формы с исходами в цирроз печени (частота развития до 50 %) и гепатоцеллюлярную карциному [3, с. 653].

Поражения кожи при хроническом вирусном гепатите С разнообразны. В большинстве случаев встречаются следующие кожные проявления: красный плоский лишай, тромбоцитопеническая пурпура, кожный васкулит, крапивница, поздняя кожная порфирия, системная и бляшечная склеродермия, дерматомиозит, неходжкинская лимфома кожи и др. [4, с. 253].

*Кожный васкулит* представляет собой, по мнению некоторых авторов, типичную пальпируемую сосудистую пурпуру, сосудистую пурпуру в сочетании с крапивницей, папулезно-геморрагические высыпания, не оставляющие пигментации, папулезно-эритематозные высыпания, типичную крапивницу, ливедо. По данным литературы различные проявления кожного васкулита описывают у 2–12 % больных, как правило, в рамках криоглобулинемического синдрома. Имеются данные об единичных наблюдениях более редких форм васкулита – многоморфной эритемы, узловой эритемы, поражения кожи при синдроме Бехчета [4].

*Красный плоский лишай* – заболевание кожи и слизистых оболочек неизвестной этиологии с преимущественно иммуноопосредованным механизмом, проявляющееся в небольших приподнятых бугорках, появляющихся обычно на поверхности флексоров (мышцы, соединяющие две кости, позволяющие сгибать сустав), а также на руках, туловище, гениталиях, ногтях и коже головы, сопровождающееся шелушением, зудом, выпадение волос. Ранее было доказано, что красный плоский лишай в 35 % случаев сочетается с хроническими заболеваниями печени, некоторыми аутоиммунными синдромами. В последнее время появились данные о том, что HCV-инфекция является основным этиологическим фактором хронического поражения печени, ассоциированного с красным плоским лишаем. Получены доказательства о репликации вируса гепатита С в эпителиальных клетках [4].

*Поздняя кожная порфирия.* В основе развития ее спорадической формы лежит приобретенный дефицит фермента уропорфириногендекарбоксилазы. После обнаружения HCV-инфекции была установлена высокая частота течения хронического вирусного гепатита С у больных с поздней кожной порфирией. Порфирия проявляется в виде волдырей в местах, подверженных воздействию солнечного света: на кистях, предплечьях, на шее и лице, кроме того, может вызвать обесцвечивание кожи и выпадение волос [4].

*Спайдер Невы.* Характеризуется появлением на коже небольших красных точек с радиально-расходящимися линиями, напоминающими паутину. Спайдер Невы может появляться на всех частях тела, но в основном поражает лицо и туловище.

В последние годы хронический вирусный гепатит С приобретает все большую распространенность, в частности, из-за значительного количества бессимптомных носителей. Кроме того, вирус гепатита С характеризуется уникальной изменчивостью, генетической неоднородностью, что позволяет ему избегать иммунного контроля, он также длительное время может сохраняться в окружающей среде (до 4 дней). Основной контингент заболевших – лица молодого возраста. Примерно у 30 % больных хроническим гепатитом С источник заражения остается невыясненным.

Гепатит С является одной из самых частых причин болезней печени. С учетом системного характера данного заболевания, не всегда представленного выраженными признаками поражения печени, на перед-

ний план зачастую выступают внепеченочные проявления хронического вирусного гепатита, в том числе кожные [3].

**ВИЧ-инфекция.** Относится к медленным инфекционным заболеваниям, неуклонно приводит к угнетению иммунитета, с чем связано эволюция изменений организма, многообразие клинических проявлений, присоединение вторичных, оппортунистических заболеваний в исходе заболевания. Основные пути проникновения вируса иммунодефицита человека: половой, парентеральный, вертикальный. Группами риска по заболеваемости ВИЧ-инфекцией являются лица, ведущие беспорядочную половую жизнь, гомосексуалисты, лица, употребляющие инъекционные наркотические препараты, реципиенты крови и органов, медицинские работники, дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей. ВИЧ-инфекцию не случайно называют «чумой XXI века», поскольку к недавнему времени она приобрела характер пандемии, наибольшее распространение получив в странах Латинской Америки, Африки, Юго-Восточной Азии. В России также имеются данные об интенсивном росте заболеваемости ВИЧ у населения [7; 8].

В настоящее время сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции. Кроме того, особенностью эпидемиологического процесса является выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию [9]. Особенностью текущей ситуации является отмечаемый рост числа больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и наличием различных оппортунистических заболеваний, в частности, поражений кожного покрова. Диагностика этих изменений вызывает большие трудности на догоспитальном этапе для врачей разных специальностей, в том числе дерматологов и инфекционистов [10].

*Кандидоз кожи и слизистых оболочек* – наиболее раннее и крайне распространенное заболевание при ВИЧ-инфекции, встречается у ВИЧ-инфицированных пациентов и больных в стадии СПИД более чем у 81 % инфицированных [10–11]. Другие микозы встречаются редко. Локализация поражения при кандидозе различна: слизистая оболочка полости рта, пищевода, гениталий, гладкая кожа, складки под молочными железами. Часто могут поражаться ногти (паронихии). В клинической практике обнаружение кандидоза полости рта имеет особую роль, он не встречается при нормальном иммунном статусе и у лиц, не получавших иммуносупрессивную или длительную антибиотикотерапию. Кандидоз полости рта проявляется ярко-красными пятнами и папулами, или диффузной эритемой, на поверхности образовывается белый творожистый налет, который легко снимается шпателем [5; 8].

*Себорейный дерматит.* Данная патология занимает второе место среди поражений кожи и встречается у 70 % ВИЧ-инфицированных лиц. В развитии заболевания особую этиологическую роль отводят условно патогенной микрофлоре. На фоне ВИЧ-инфекции высыпания приобретают вид «волчаночной бабочки» и могут сопровождаться выпадением волос и бровей, со временем выходит за пределы типичного распространения и переходит на кожу живота, боковых поверхностей туловища, промежности, верхних и нижних конечностей [8]. Как правило, распространение площади поражения указывает на выраженные нарушения иммунитета, диагностируются уже в поздние стадии заболевания.

Третье место по частоте занимают герпетические инфекции, в частности, вирусы простого герпеса 1-го и 2-го типов и вирус герпеса человека 3-го типа [12–13].

*Опоясывающий герпес.* В молодом возрасте достаточно редко встречается и неоднократно может служить дифференциальным признаком для изучения маркеров к ВИЧ-инфекции. Высыпания часто обильны, везикулы могут иметь крупные размеры и заполняться геморрагическим содержимым, после себя образуют большие эрозированные поверхности, а после заживления могут остаться келоидные рубцы. Повторные высыпания могут обладать атипичным распространением, множественностью локализаций как при ветряной оспе, длительным течением, поражением внутренних органов [14].

*Чесотка.* При глубоком иммунодефиците тяжесть чесотки может нарастать вплоть до норвежского варианта, при котором превалируют сквамозные папулы и четко очерченные бляшки, зачастую достигают обширных участков кожного покрова, захватывая верхнюю часть спины, шею и голову, количество клещей в 1 г чешуек может достигать до 10 000 особей. Норвежский вариант чесотки клинически может протекать под маской диффузного нейродермита, псориаза, глубоких микозов, тем самым затрудняя дифференциальную диагностику и отсрочивая начало адекватной терапии. Своевременно нераспознанная чесотка может быть опасна как для окружающих, так и для больного, возможно присоединение вторичных бактериальных осложнений, что приводит к сепсису, а также не исключает и более серьезных последствий вплоть до летального исхода [5; 8].

*Саркома Капоши.* Является патогномичным клиническим проявлением ВИЧ-инфекции, у лиц молодого возраста с нормальным иммунным статусом не встречается. В конце 90-х годов прошлого столетия была доказана роль вируса герпеса 8-го типа в этиологии данного заболевания. Классическими кожными признаками саркомы Капоши являются пятна, узелки, бляшки и опухолевидные образования, свежие элементы имеют красно-багровую или красно-фиолетовую окраску, цвет старых – красно-коричневый. Из разнообразных локализаций наиболее частой считается поражение твердого и мягкого неба, при прогрессировании заболевания поражаются внутренние органы. [5; 8]

Несмотря на то, что рассмотренные выше патологические кожные процессы имеют второстепенное значение при основном заболевании (ВИЧ-инфекция), им следует уделить особое внимание ввиду следующих причин:

1. *Эпидемический фактор.* Грибковые и вирусные заболевания, чесотка представляют особую опасность для окружающих людей, в том числе других пациентов. Необходимо как можно скорее диагностировать данные проявления и принять меры для изоляции пациента.

2. *Эстетический фактор.* Многие кожные проявления доставляют значительный дискомфорт для ВИЧ-инфицированных пациентов, ведущих активный образ жизни.

3. *Психологический фактор.* У больного, которому поставлен столь серьезный диагноз при наличии сопутствующих кожных заболеваний, усиливается психологический дискомфорт, что требует дополнительной психологической поддержки на уровне семьи, лечебного учреждения и общества в целом.

Необходимо отметить, что кожные проявления у ВИЧ-инфицированных могут быть обусловлены не только различными оппортунистическими инфекциями. Нередко экзантема в виде эритематозных пятен и папул появляется при назначении антиретровирусной терапии (АРВТ). В литературе описаны и медикаментозные реакции при назначении химиотерапии ВИЧ, в частности, синдром Стивенса – Джонсона и токсический эпидермальный некролиз. Токсический эпидермальный некролиз является редким, острым и угрожающим жизни заболеванием кожи и слизистых оболочек. Данное поражение кожи относится к наиболее тяжелым формам среди эпидермолитических неблагоприятных кожных реакций на лекарства, которые включают синдром Стивенса – Джонсона [15].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате рассмотрения особенностей кожных проявлений основных хронических инфекционных заболеваний следует вывод о необходимости постоянного взаимодействия врачей различных специальностей (дерматологов, инфекционистов, терапевтов общей практики) для оптимизации комплексного обследования, дифференциальной диагностики и лечения пациентов. Для получения возможного полноценного осуществления подобного взаимодействия, безусловно, полезны инициативы по созданию специализированных обучающих центров для медицинских работников на базе клиник кафедр и медицинских организаций, организация общих семинаров, курсов повышения квалификации и обмена опытом между сотрудниками различных медицинских учреждений и в рамках одного и того же лечебного заведения. За счет синергетического эффекта такие меры зачастую оказываются более действенными, чем разрозненная работа специалистов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Савин В., Катаныхова Л. Анализ показателей гемограммы и иммунитета при ВИЧ-инфекции, ассоциированной с хроническим гепатитом С // Вестн. СурГУ. Медицина. 2013. № 1. С. 49–53.
2. Улитина И., Русак Ю., Феденкова Л. Дерматоскопия в дифференциальной диагностике аногенитальных бородавок // Вестн. СурГУ. Медицина. 2011. № 2. С. 102–107.
3. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Инфекционные болезни: нац. рук. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 1056 с.
4. Хронический вирусный гепатит / под ред В. В. Серова, З. Г. Апросиной. М. : Медицина, 2002. 384 с.
5. Проценко О. А. ВИЧ-ассоциированные поражения кожи и слизистых оболочек // Междунар. мед. журн. 2009. № 3. С. 106–109.

6. Сенчукова С. Р., Романова Е. Б., Колдышева Е. В., Торнуев Ю. В. Клинические особенности и патоморфология кожи при аллергодерматозах, ассоциированных с описторхозом // *Фундамент. исслед.* 2012. № 5. Ч. 1. С. 115–119.
7. Каспарова А. Э., Мордовина И. И. Современная профилактика ВИЧ при вертикальном пути передачи и ее эффективность // *Вестн. СурГУ. Медицина.* 2008. № 1. С. 102–109.
8. Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека / под ред. В. В. Покровского, Н. С. Потеева. М. : Мед. книга, 2006. 76 с.
9. Покровский В. В., Ладная Н. Н., Тушина О. И., Буравцова Е. В. ВИЧ-инфекция : информ. бюл. 2015. № 40. 57 с.
10. Бартлетт Дж., Галант Дж., Фам П., Мазус А. И. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М. : Гранат, 2013. 590 с.
11. Zacharia A., Khan M. F., Hull A. E., Sasapu A., Leroy M. A., Maffei J. T., Shakashiro A., Lopez F. A. A. Case of disseminated cryptococcosis with skin manifestations in a patient with newly diagnosed HIV // *J La State Med Soc.* 2013. № 165 (3). P. 171–174.
12. Ngouana T. K., Krasteva D., Drakulovski P., Toghueo R. K., Kouanfack C., Ambe A., Reynes J., Delaporte E., Boyom F. F., Mallié M., Bertout S. Investigation of minor species *Candida africana*, *Candida stellatoidea* and *Candida dubliniensis* in the *Candida albicans* complex among Yaoundé (Cameroon) HIVinfected patients // *Mycoses.* 2014. Oct 7. doi: 10.1111/myc.12266.
13. Barnabas R. V., Celum C. Infectious Co-factors in HIV-1 transmission Herpes Simplex Virus type-2 and HIV-1: New Insights and interventions // *Curr HIV Res.* 2012. № 10 (3). P. 228–237.
14. Русак Ю. Э., Опришко А. Б., Лакомова И. И., Юнакова М. В., Бахлыкова Е. А. Случай псориаза на фоне ВИЧ-инфекции // *Рос. журн. кожн. и венерич. болезней.* 2006. № 2. С. 24.
15. Barret B. et al. Persistent mitochondrial dysfunction in HIV-1-exposed but uninfected infants: clinical screening in a large prospective cohort // *AIDS.* 2003. № 17 (12). P. 1769–1785.

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ**

**Камка Надежда Николаевна** – аспирант, ассистент кафедры инфекционных, кожных и венерических болезней Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: kn89@mail.ru.

**Катаныхова Людмила Леонидовна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: katanahova@mail.ru.

**Козловская Ольга Витальевна** – кандидат медицинских наук, ст. преподаватель кафедры инфекционных, кожных и венерических болезней Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: kozasurgut@yandex.ru.

**ABOUT AUTHORS**

**Kamka Nadezhda Nikolaevna** – Doctorate Student, Medical Institute, Assistant Professor, Department of Infectious, Skin and Venereal Diseases, Surgut State University; e-mail: kn89@mail.ru.

**Katanakhova Lyudmila Leonidovna** – PhD (Medicine), Associate Professor, Department of Children Diseases, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: katanahova@mail.ru.

**Kozlovskaya Olga Vitalievna** – PhD (Medicine), Senior Lecturer, Department of Infectious, Skin, and Venereal Diseases, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: kozasurgut@yandex.ru.