

Особенности дерматологической патологии на фоне ВИЧ-инфекции

М.М. Тлиш, Ж.Ю. Наатыж, Т.Г. Кузнецова, В.Н. Городин

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

Аннотация

В последнее десятилетие повсеместно отмечается увеличение числа пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Заболевание постепенно приводит к выраженному иммунодефициту и летальному исходу. У подавляющего числа больных отмечаются явления полиморбидности, что приводит к необходимости дифференцированного междисциплинарного подхода к их ведению. Знание дерматологами и врачами других специальностей дерматологических аспектов ВИЧ-инфекции позволит своевременному раннему выявлению больных, инфицированных ВИЧ, и избежать диагностических ошибок.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, поражения кожи и слизистых оболочек, мультидисциплинарный подход.

Для цитирования: Тлиш М.М., Наатыж Ж.Ю., Кузнецова Т.Г., Городин В.Н. Особенности дерматологической патологии на фоне ВИЧ-инфекции. *Терапевтический архив.* 2019; 91 (11): 10–14. DOI: 10.26442/00403660.2019.11.000172

Features of dermatological pathology on the background of HIV-infection

M.M. Tlish, Zh.Yu. Naatyzh, T.G. Kuznetsova, V.N. Gorodin

State Budgetary educational institution of higher professional education Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Over the past decade, there has been an increasing number of patients infected with HIV. The disease gradually leads to a pronounced immunodeficiency and death. In the vast majority of patients, polymorbidity phenomena are noted, which leads to the need for a differentiated interdisciplinary approach to their management. The knowledge of dermatologists of other dermatological aspects of HIV-infection by dermatologists and doctors will allow timely early detection of HIV-infected patients and avoid diagnostic errors.

Keywords: HIV-infection, lesions of the skin and mucous membranes, multidisciplinary approach.

For citation: Tlish M.M., Naatyzh Zh.Yu., Kuznetsova T.G., Gorodin V.N. Features of dermatological pathology on the background of HIV-infection. *Therapeutic Archive.* 2019; 91 (11): 10–14. DOI: 10.26442/00403660.2019.11.000172

АЛТ – аланинаминотрансфераза
 АРТ – антиретровирусная терапия
 АСТ – аспартатаминотрансфераза
 БАК – биохимический анализ крови
 ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
 ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
 ГГТ – гамма-глутамилтранспептидаза
 ГКС – глюкокортикостероиды
 ИФА – иммуноферментный анализ
 КФК – креатинфосфокиназа
 ЛДГ – лактатдегидрогеназа
 ОАК – общий анализ крови
 ОАМ – общий анализ мочи

ОГК – органы грудной клетки
 РМП – реакция микропреципитации
 РФ – Российская Федерация
 СКВ – системная красная волчанка
 ЩФ – щелочная фосфатаза
 эр. – эритроциты
 ANA – антитела к ядерным антигенам
 a-dsDNA – антитела к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте
 Hb – гемоглобин
 p-ANCA – перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела

В настоящее время вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) является одной из медико-социальных проблем современной медицины [1, 2]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире проживает 33 млн человек с ВИЧ [3]. Общее число лиц, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации (РФ) на 31 декабря 2015 г., достигло 1 006 388 человек, или 0,7% населения РФ [4]. Характеризуясь длительным многолетним малосимптомным течением, заболевание постепенно приводит к выраженному иммунодефициту и летальному исходу [5].

Больные с ВИЧ нередко встречаются в практике работы врача многопрофильного стационара преимущественно в поздней стадии заболевания, с выраженными клиническими проявлениями, обусловленными оппортунистическими инфекциями. Многообразие клинических проявлений ВИЧ и сходство с различными заболеваниями приводит у таких больных к длительному сложному диагностическому процессу, ошибочным диагнозам [6].

«Маски» ВИЧ-инфекции – это актуальная проблема современной медицины [7]. Поражения кожи и слизистых оболочек при ВИЧ-инфекции, особенно на ранних этапах заболевания, находятся на первом месте и отмечаются почти при всех клинических формах заболевания [1, 5]. Дерматологические изменения условно можно разделить на три группы:

- 1) неопластические (саркома Капоши);
- 2) инфекционные: бактериальные (пиодермии), вирусные (простой и опоясывающий герпес, контагиозный моллюск, остроконечные кондиломы, бородавки, волосатая лейкоплакия слизистой оболочки рта), грибковые (дерматомикозы, стойкий кандидоз слизистой оболочки полости рта и периаанальной области);
- 3) прочие дерматозы с неясным патогенезом (псориаз, ксероз кожи, себорейный дерматит, токсикодермия, красная волчанка и др.) [8].

Системная красная волчанка (СКВ) является основным «индикаторным дерматозом» [9]. В настоящее время в мире насчитывается 5 млн больных СКВ [10]. Отличительной

особенностью СКВ является обнаруженное в последние годы сходство иммунных нарушений с ВИЧ-инфекцией [11]. Выраженные иммунологические нарушения и высокая вирусная нагрузка наблюдаются у больных ВИЧ с ревматическими «масками» [12].

СКВ – заболевание соединительной ткани, характеризующееся гиперпродукцией широкого спектра органоспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение тканей и нарушение функций внутренних органов [13].

Несомненно, сходство патогенетических механизмов и клинических признаков СКВ и ВИЧ-инфекции, одинаково прогностически неблагоприятных в своих крайних проявлениях, делает проблему их разграничения и адекватного лечения чрезвычайно актуальной и сложной.

ВИЧ-инфекция сопровождается развитием лейкопении, лимфопении, тромбоцитопении, анемии, возможна гиперпродукция антифосфолипидных антител (обычно не ликопротеинзависимых), что требует иммунологического обследования для исключения СКВ. В то же время при СКВ могут быть ложноположительными результаты реакции иммуноферментного анализа (ИФА) на ВИЧ, что обуславливает необходимость проведения иммуноблоттинга [14].

Также отмечено, что ретровирусы являются пусковым моментом развития СКВ: гликопротеин (gp120) ВИЧ-1 участвует в индукции иммунной регуляции, в том числе аутоиммунных реакций при ВИЧ-1-инфекции с СКВ [15].

На фоне ВИЧ-инфекции после начала антиретровирусной терапии (АРТ) увеличивается возможность возникновения на нее различных побочных эффектов. Возникновение лекарственной аллергии – многофакторный процесс, зависящий от генной предрасположенности, реализуемой через HLA-систему и рецепторы клеток системы иммунитета [16, 17].

Риск развития токсического эпидермального некролиза зависит от вида препарата, генетической предрасположенности и таких факторов, как аутоиммунные заболевания, опухоли, ВИЧ и другие инфекции, трансплантация костного мозга и др. [18].

Диагностическим и лечебным ошибкам способствует недостаточная ориентация врачей, чья профессиональная деятельность прямо не связана с инфекционной патологией и ВИЧ-инфекцией, в проявлениях этого заболевания. Полностью от ошибок или поздней диагностики не гарантируют и существующие нормативные положения об обязательном обследовании на ВИЧ по определенным клиническим и эпидемиологическим основаниям. В настоящей работе мы попытались проанализировать особенности дерматологической патологии на фоне ВИЧ-инфекции и диагностические трудности, возникающие при обследовании больных ВИЧ-инфекцией на амбулаторном приеме.

Клинический случай

Больной К., 46 лет, обратился на консультативный прием на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава

России 14 апреля 2015 г. На момент обращения предъявлял жалобы на высыпания на коже лица, субъективно не беспокоящие, слизистой оболочке полости рта, сопровождавшиеся чувством дискомфорта, жжением в процессе приема пищи, температуру 37,2°C, болезненность и припухлость мелких суставов кистей, общую слабость, недомогание, потерю массы тела на 10 кг за последние 6 мес.

Из анамнеза: дебют заболевания отмечает в 2013 г., в летний период времени. Пациент обратился за медицинской помощью к дерматологу по месту жительства, где был установлен диагноз: «Фотодерматит». Рекомендовано: цетиризин 10 мг 1 таблетка в сутки, крем Адвантан. Высыпания регрессировали. С 2013 по 2015 г. повторные эпизоды высыпаний отмечал в весенне-летний период, после длительного пребывания на солнце. За медицинской помощью не обращался. В феврале 2015 г. появились жалобы на периодические подъемы температуры тела от 37,5 до 38°C, слабость, недомогание, припухлость в мелких суставах кистей и стоп.

St. specialis: на момент осмотра кожный патологический процесс носил ограниченный характер, располагался на коже лица, представлен пятнами, чешуйками. На коже лица в области спинки носа и прилегающих поверхностей щек симметрично, в виде «бабочки», располагался очаг четко отграниченной, несколько отечной эритемы розово-красного цвета. На его поверхности наблюдалось легкое шелушение, симптом Бенье–Мещерского положительный.

На слизистой оболочке твердого неба визуализировался единичный эрозивный очаг диаметром 1,5 см с белесоватым ободком и интенсивной эритемой. Спинка языка покрыта серовато-белым налетом.

Проведены лабораторно-инструментальные исследования:

1. Общий анализ крови (ОАК): эритроциты (эр.) – $4,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин (Hb) – 127 г/л; лейкоциты (лейк.) – $4,6 \times 10^9/л$; палочкоядерные (п.) – 5%; сегментоядерные (с.) – 65%; эозинофилы (э.) – 6%; лимфоциты (лф.) – 23%; моноциты (м.) – 1%; тромбоциты (тромб.) – $100 \times 10^9/л$.
2. Общий анализ мочи (ОАМ): цвет – соломенно-желтый; прозрачность – неполная; удельный вес – 1015; pH нейтральный; белок – 0,5; лейкоциты – 4–6–8 в поле зрения; эритроциты – 2–4–3 в поле зрения; слизь ++.
3. Биохимический анализ крови (БАК): глюкоза – 5,7 ммоль/л; общий билирубин – 12 мкмоль/л; прямой билирубин – 5 мкмоль/л; аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 42 ЕД/л; аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 32 ЕД/л; гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ) – 30 ЕД/л; щелочная фосфатаза (ЩФ) – 40 ЕД/л; амилаза – 49 ЕД/л; общий белок – 65 г/л; альбумин – 41 г/л.
4. Соскоб чешуек из очага на патогенные грибы: элементы патогенного гриба не обнаружены.
5. Соскоб с языка на *Candida*: обнаружен мицелий дрожжевого гриба.
6. Кровь на сифилис: реакция микропреципитации (РМП) – отрицательная, ИФА – отрицательная.
7. Кровь в ИФА на вирусные гепатиты В и С: HbsAg – не обнаружены, Ab HCV – не обнаружены.
8. Иммунологические тесты:
 - Анализ крови на аутоантитела: антиядерный фактор на HEp-2 клетках 1:2560 титр (при норме <1:160). Крупногранулярный тип свечения ядра.

Сведения об авторах:

Талиш Марина Моссова – д.м.н., проф., зав. каф. дерматовенерологии ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России

Кузнецова Таисия Георгиевна – к.м.н., доцент каф. дерматовенерологии ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России

Городин Владимир Николаевич – д.м.н., проф., зав. каф. инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России

Контактная информация:

Наатыж Жанна Юрьевна – к.м.н., доцент каф. дерматовенерологии ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России, тел.: +7(861)255-04-44, e-mail: nzhanna@mail.ru

- Определение волчаночного антикоагулянта в плазме крови – отрицательно.
 - Определение ревматоидного фактора в сыворотке крови – 17,1 МЕ/мл (min 0,0, max 14,0).
 - Перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела (p-ANCA) – положительно + (норма: отрицательно).
 - Антитела к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте (a-dsDNA) – 140 Ед/мл (норма 0–100,0 Ед/мл).
 - Антитела к ядерным антигенам (ANA) – 2,6 МЕ (норма 0–1,1 МЕ/мл).
 - Анализ крови на антитела к кардиолипину – 14,3 ед/мл (норма 0–10 ед/мл).
 - Анализ крови на антитела к фосфолипидам класса IgG (скрининг) 14,18 МЕ/мл [референсные значения: <10 (не обнаружено)].
 - Анализ крови на антитела к фосфолипидам класса IgM (скрининг) 14,78 МЕ/мл [референсные значения: <10 (не обнаружено)].
9. Биодоза 30 с.
10. ИФА крови на ВИЧ (30.04.2015): антиген/антитела ВИЧ обнаружены.

Имуноблоттинг – положительный.

В беседе пациент сообщил дополнительно, что последние 5 лет практикует «SEX-туризм».

Установлен предварительный диагноз: Центробежная эритема Биетта. Орофарингеальный кандидоз (глоссит). СКВ? ВИЧ-инфекция?

Проведены консультации смежных специалистов:

1. Консультация ревматолога от 11.05.15.

Заключение: СКВ, хроническое течение, умеренная степень активности с поражением кожи (центробежная эритема Биетта, энантема), суставов (артриты проксимальных межфаланговых суставов, пястно-фаланговых суставов кистей и стоп), с поражением почек (нефритический синдром: протеинурия, микрогематурия); иммунологический синдром.

Рекомендовано: диспансерный («Д») учет у ревматолога по месту жительства. Метипред 4 мг 2 таблетки утром в 07.00 после завтрака. Гидроксихлорохин 400 мг в сутки 1 месяц, затем 200 мг в сутки, длительно. Омепразол 20 мг 1 раз в сутки, за 30 мин до завтрака, на весь курс приема метипреда. Кальций Д3-никмед по 1 таблетке 2 раза в день (обед, вечер), на весь курс приема метипреда.

2. Консультация инфекциониста в ГБУЗ «Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД» Минздрава Краснодарского края (ГБУЗ «КЦПБ СПИД» МЗ КК) (05.06.15).

Заключение: ВИЧ-инфекция, IVБ стадия вторичных проявлений – потеря массы тела >10%, грибковые поражения кожи и слизистых (орофарингеальный кандидоз, ангулярный хейлит), неуточненная лихорадка более 1 мес (02.15), ВИЧ-ассоциированная тромбоцитопения.

Пациент взят на «Д» учет в ГБУЗ «КЦПБ СПИД» МЗ КК. При обследовании в центре у больного выявлен низкий уровень CD4-клеток (80 клеток в 1 мкл), в связи с этим 05.06.15 ему рекомендован старт АРТ-терапии и прием флуконазола 50 мг в сутки в течение 14 дней, затем 150 мг в неделю, ко-тримоксазол-480 2 таблетки в сутки, фолиевая кислота 5 мг в сутки, азитромицин 500 мг 3 дня в неделю. Пациент явился на прием 28.07.15 и сообщил о том, что назначенную ранее терапию не проводил, обосновав безрезультативностью при данном диагнозе. В беседе с пациентом отмечается депрессия, высказывание мыслей о неизбежности наступления смерти при установленном диагнозе. С пациентом проведена разъяснительная беседа о необходимости срочного начала АРТ-терапии, однако больной категориче-

ски отказывался от ее проведения. В связи с этим назначен только профилактический курс противотуберкулезной терапии: изониазид 300 мг в сутки, пиразинамид 1,5 г в сутки, пиридоксин гидрохлорид 30 мг в сутки.

На фоне проводимой терапии 10.08.15 у пациента появился зуд, множественные высыпания на коже туловища. Пациент обратился в ГБУЗ «КЦПБ СПИД» МЗ КК, где данные высыпания были расценены как «Токсикодермия. Лекарственная волчанка?», в связи с этим отменили пиразинамид и пиридоксин гидрохлорид. Назначены сорбенты, ферменты, антигистаминные препараты, однако регресса высыпаний не было. В период с 29.08. по 31.08.15 высыпания распространились, интенсивность зуда усилилась, общее состояние ухудшилось, поэтому пациент в очередной раз 31.08.15 обратился в ГБУЗ «КЦПБ СПИД» МЗ КК, где был осмотрен совместно с врачом-дерматологом и установлен диагноз: Синдром Лайелла. Пациенту проведена отмена всех принимаемых лекарственных средств и осуществлена госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» Минздрава Краснодарского края (ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК).

При поступлении жалобы на слабость, недомогание, головокружение, интенсивный кожный зуд, высыпания на лице, туловище, конечностях, отсутствие аппетита, боли в ротовой полости, невозможность принимать пищу. Состояние тяжелое, обусловленное интоксикацией, местными проявлениями. Сознание ясное, пациент контактен, адекватен. Менингеальных знаков нет. Пальпируются мелкие шейные лимфоузлы до 0,5 см, подвижные, эластичные, безболезненные. Периферических отеков нет. Склеры субиктеричные, инъективны, конъюнктивы гиперемированы. Миндалины не увеличены. Частота дыхания 18 в минуту, сатурация крови кислородом – 98%. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 88 в минуту, артериальное давление 115/80 мм рт. ст. Язык подсушен, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень размером 11×8×7 см (по Курлову), эластичная, безболезненная. Селезенка у реберной дуги. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Нарушения мочеиспускания нет, диурез адекватный. Стул оформленный.

St. specialis: кожный патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. Располагается на коже лица, красной каймы губ, слизистой оболочке полости рта, туловища, конечностей. Кожный патологический процесс представлен пятнами, пузырями, эрозией, чешуйками. На коже лба, спинке носа, щек симметрично располагается четко отграниченная эритема ярко-розово-красного цвета, несколько отечная, местами с признаками скудного шелушения. На коже лба на фоне гиперемии визуализируются петехии. Красная кайма губ гиперемирована, несколько отечна, на поверхности обеих губ располагаются мелкие эрозии с мокнущей поверхностью (рис. 1, см. на цветной вклейке). На слизистой оболочке полости рта в области твердого и мягкого неба, щек, губ визуализируются эрозии. В углах рта линейные эрозии красного цвета, с белым налетом на поверхности. По спинке языка обложен белесовато-серым налетом, сухой. На коже шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, практически полностью выполняя все анатомические области, располагаются эритематозные и геморрагические пятна красновато-синюшного цвета (рис. 2–4, см. на цветной вклейке). На фоне пятен, в области конечностей, располагаются пузыри с вялой крышкой и серозно-геморрагическим содержимым, эрозии (рис. 5, см. на цветной вклейке). Симптом Никольского положительный.

Проведено обследование:

- ОАК: лейкоц. 4,6 г/л, лейкоформула: п. 5%, с. 65%, э. 6%, лф. 23%, м. 1%, тромб. 43 г/л (по Фонио 52 г/л), эр. 4,35 г/л, Нв 127 г/л.
- БАК: глюкоза 5,7 ммоль/л, общий билирубин 11,7 мкмоль/л, прямой 4,8 мкмоль/л, АЛТ 62 ЕД/л, АСТ 68 ЕД/л, мочевины 5,4 ммоль/л; креатинин 145 мкмоль/л. С-реактивный белок 32,9 г/л, лактатдегидрогеназа (ЛДГ) 698 Ед/л, креатинфосфокиназа (КФК) 211 ЕД/л, ГГТ 85 ЕД/л, ЩФ 44 ЕД/л, амилаза 59 ЕД/л, общий белок 64 г/л, альбумин 40,3 г/л, натрий 140 ммоль/л, калий 4,4 ммоль/л, хлор 113 ммоль/л.
- ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачность неполная, реакция нейтральная, удельный вес 1015, белок 0,500, лейкоциты 8–5–6, эритроциты 1–2–3, слизь +, бактерии ++.
- Рентгенография органов грудной клетки (ОГК): без патологии.
- Ультразвуковое исследование внутренних органов: гепатомегалия, диффузные изменения в печени, поджелудочной железе. Почки, сердце – без особенностей.

Рекомендовано: системная терапия – глюкокортикостероиды (ГКС): солу-медрол 1 г в сутки, дезинтоксикационная, метаболическая терапия (физиологический раствор, кабiven, раствор хартмана), антибиотики (цефтриаксон 3 г/сут), противогрибковые препараты (флуконазол 400 мг/сут), антисекреторные средства (желкисоль 40–80 мг/сут).

Наружная терапия: 2% раствор борной кислоты, 2% водный раствор метиленовой сини.

На фоне проводимой терапии температура тела нормализовалась, однако состояние сохранялось тяжелым, без существенной динамики, появлялись новые элементы сыпи. 02.09.15 в связи с появлением одышки при умеренной физической нагрузке, снижении сатурации, пациент подключен к увлажненному кислороду 4 л/мин (в динамике рентгенография ОГК: без патологии), проведен плазмаферез №1.

После проведения процедуры состояние оставалось тяжелым, беспокоили интенсивный кожный зуд, слабость, недомогание, отсутствие аппетита, боли в ротовой полости, невозможность принимать пищу, одышка при умеренной физической нагрузке. На туловище, лице, конечностях сохранялась обильная пятнисто-папулезная сыпь, единичные пузырьки, обширные эрозии. В связи с этим 04.09.15 проведен плазмаферез №2.

Зафиксировано улучшение общего состояния 05.09.15 (одышка менее выраженная, инсуффляция увлажненного кислорода до 2 л/мин, сатурация 95–96%), отсутствие новых высыпаний, улучшение кожного патологического процесса (яркость высыпаний угасла, пузырьки вскрылись, эрозии в стадии эпителизации, отдельные покрыты корками, симптом Никольского слабopоложительный, на слизистой оболочке рта эрозии практически полностью эпителизировались). Учитывая положительную динамику, начато снижение суточной дозы солу-медрола до 750 мг в сутки, а 07.09.15 – до 500 мг в сутки.

С 08.09–09.09.15 пациент стал отмечать появление периодической головной боли, эмоциональную лабильность. При осмотре менингеальные знаки отрицательные. С диагностической целью проведена люмбальная пункция – менингит исключен (цитоз 5, лф. – 100%, белок – 0,32 г/л). В последующие дни общее состояние пациента с тенденцией к улучшению, исчезла одышка, кожный патологический процесс в стадии разрешения, в связи с этим продолжено снижение суточной дозы солу-медрола до 120 мг в сутки. Для продолжения лечения 10.09.15 паци-

ент переведен в профильное боксированное инфекционное отделение, суточная доза солу-медрола снижена до 60 мг в сутки. 11.09.15 консультирован инфекционистом ГБУЗ «КЦПБ СПИД» МЗ КК, заключение: ВИЧ-инфекция, IVБ стадия вторичных проявлений. Синдром Лайелла. Потеря массы тела >10%. Грибковые поражения кожи и слизистых (орофарингеальный кандидоз, ангулярный хейлит). Неуточненная лихорадка более 1 мес (февраль 2015 г.). ВИЧ-ассоциированная тромбоцитопения (март 2015 г.). Рекомендован старт АРТ в режиме: фосфазид 200 мг 1 таблетка 2 раза в день, ламивудин 150 мг 1 таблетка 2 раза в день, ралтегравир 400 мг 1 таблетка 2 раза в день. С 12.09.15 переведен на преднизолон *per os* 10 мг в сутки. На фоне проводимой терапии состояние сохранялось стабильное.

17.09.15 – появился периодический жидкий стул и слизисто-сукровичные выделения из прямой кишки, в связи с этим пациент был осмотрен хирургом. Консультация хирурга (19.09.15): Вторичный проктит (аллергического генеза).

За время нахождения в стационаре пациенту проведены консультации смежных специалистов.

Консультация эндокринолога (10.09.15): Симптоматическая гипергликемия на фоне ГКС.

Рекомендовано:

1. Диета №9.

2. «Д» наблюдение у эндокринолога в поликлинике по месту жительства.

3. Контроль глюкозы в крови перед завтраком, обедом и ужином, в 21.00 1 раз в 2–3 дня, целевой уровень глюкозы 6–7 ммоль/л.

4. После отмены гормональной терапии через 3 мес сдать кровь на гликированный гемоглобин, пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы.

5. Повторная консультация эндокринолога после обследования.

6. Инсулин короткого действия по 2 ЕД на прием пищи, за 30 мин до завтрака, обеда, ужина с дальнейшей коррекцией по уровню гликемии (при повышении глюкозы в крови выше 8–9 ммоль/л).

Консультация лор-врача (25.09.15): Хроническая нейросенсорная тугоухость.

Консультация окулиста (21.09.15): Венозное полнокрое сетчатки глаза слева.

Консультация невролога ГБУЗ «КЦПБ СПИД» МЗ КК (17.09, 22.09.15): Хроническая цервикалгия неуточненной этиологии. Энцефалопатия смешанного генеза. Рекомендовано: консультация офтальмолога, шейный отдел позвоночника в 2 проекциях, магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием в плановом порядке, наблюдение у невролога.

За время нахождения на стационарном лечении пациенту установлен окончательный клинический диагноз: ВИЧ-инфекция, IVБ стадия вторичных проявлений. Синдром Лайелла. Вторичный проктит (аллергического генеза). Потеря массы тела >10%. Грибковые поражения кожи и слизистых (орофарингеальный кандидоз, ангулярный хейлит). Неуточненная лихорадка более 1 мес (февраль 2015 г.). ВИЧ-ассоциированная тромбоцитопения (март 2015 г.).

Сопутствующий диагноз: Симптоматическая гипергликемия на фоне ГКС. Венозное полнокрое сетчатки глаза слева. Хроническая цервикалгия неуточненной этиологии. Энцефалопатия смешанного генеза. Хроническая нейросенсорная тугоухость. Реактивный гепатит. СКВ: хроническое течение, умеренная степень активности с поражением кожи (центробежная эритема Биетта, энантема),

суставов (артриты проксимальных межфаланговых суставов, пястно-фаланговых суставов кистей и стоп), с поражением почек (нефритический синдром: протеинурия, микрогематурия), иммунологический синдром (антиядерный фактор на HEp-2 клетках 1:2560 титр). Крупногранулярный тип свечения ядра, ревматоидный фактор в сыворотке крови – 17,1 МЕ/мл, p-ANCA – положительно +, a-dsDNA – 140 Ед/мл, ANA – 2,6 МЕ, антитела к кардиолипину – 14,3 ед/мл, антитела к фосфолипидам класса IgG (скрининг) – 14,18 МЕ/мл, антитела к фосфолипидам класса IgM (скрининг) – 14,78 МЕ/мл.

За время терапии клинические проявления дерматозов регрессировали. Пациент выписан 28.09.15 в удовлетворительном состоянии, с рекомендациями продолжения АРТ в выбранном режиме, снижения дозировки преднизолона до 5 мг/сут и постепенной его отменой.

Заключение

Таким образом, ведение пациентов с ВИЧ-инфекцией требует мультидисциплинарного подхода, который способствует улучшению качества оказания медицинской помощи и позволяет избежать осложнений медикаментозной терапии и диагностических ошибок.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Юцковский А.Д., Бондарь Г.Н., Корниенко А.Н. Кожные поражения у ВИЧ-инфицированного ребенка: эффективность антиретровирусной терапии. *Клиническая дерматология и венерология*. 2009;3:32-4 [Yutkovsky AD, Bondar GN, Kornienko AN. Skin lesions in an HIV-infected child: the effectiveness of antiretroviral therapy. *Clinical dermatology and venereology*. 2009;3:32-4 (In Russ.)].
2. Дорсиса Легессе Гобена, Гузей Т.Н. Заболевания кожи и слизистых оболочек у больных с ВИЧ-инфекцией. *Клиническая дерматология и венерология*. 2011;3:19-22 [Dorsisa Legesse Gobena, Guzey TN. Skin and mucous membrane diseases in patients presenting with HIV infection. *Clinical dermatology and venereology*. 2011;3:19-22 (In Russ.)].
3. Шульдяков А.А., Колоколов О.В., Потемина Л.П., Абрамова Т.П. Эффективность выявления ВИЧ-инфицированных среди пациентов неврологических стационаров крупного промышленного центра. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2012;2:563-7 [Shuldyakov AA, Kolokolov OV, Potemina LP, Abramova TP. Effectiveness of HIV-infected detection among patients of neurological hospitals of a large industrial center. *Saratov scientific-med zhurn*. 2012;2:563-7 (In Russ.)].
4. Коломеец А.Н., Калачева Г.А., Левахина Л.И. и др. Эпидемиология ВИЧ-инфекции и молекулярно-генетические особенности вируса у инфицированных лиц в Сибирском Федеральном округе. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2016;15(5):46-51 [Kolomiets AN, Kalacheva GA, Levakina LI, et al. Epidemiology of HIV Infection and Molecular and Genetic Features of the Virus at the Infected Persons in Siberian Federal District. *Epidemiology and vaccinal prevention*. 2016;15(5):46-51 (In Russ.)].
5. Потеекаев Н.С., Потеекаев С.Н. Поражения кожи при ВИЧ-инфекции (Часть первая). *Клиническая дерматология и венерология*. 2005;2:85-8 [Potekaev NS, Potekaev SN. Skin Lesions in HIV infection (Part one). *Clinical dermatology and venereology*. 2005;2:85-8 (In Russ.)].
6. Пономарева Е.Ю., Рощина А.А., Ребров А.П. Особенности течения инфекционного эндокардита на фоне ВИЧ/СПИДА у инъекционных наркоманов. *Клиницист*. 2011;3:19-23 [Ponomareva EYu, Roshchina AA, Rebrov AP. Features of the course of infectious endocarditis on the background of HIV/AIDS in injecting drug addicts. *Clinician*. 2011;3:19-23 (In Russ.)].
7. Калягин А.Н., Антипова О.В., Григорьева Т.В. и др. Больной ВИЧ-инфекцией в ревматологической практике (заметки по одному наблюдению). *Журнал инфекционной патологии*. 2011;18(3-4):56-7 [Kalyagin AN, Antipova OV, Grigorieva TV, et al. Patient with HIV infection in rheumatology practice (notes on one observation). *J Infectious pathology*. 2011;18(3-4):56-7 (In Russ.)].
8. Хашиева Ф.Н., Потеекаев Н.Н., Кравченко А.В., Шахгильдяев В.И., Зудин А.Б. Клиника простого и опоясывающего герпеса у больных ВИЧ-инфекцией. *Клиническая дерматология и венерология*. 2004;4:8-10 [Hashieva FN, Potekaev NN, Kravchenko AV, Shakhgilyadyan VI, Zudin AV. Clinic is simple and herpes zoster in patients with HIV infection. *Clinical dermatology and venereology*. 2004;4:8-10 (In Russ.)].
9. Молочков А.В., Кадырова Е.Л., Карташова М.Г. и др. К обнаружению вируса герпеса человека 8-го типа в тканях урогенитального тракта при идиопатической саркоме Капоши. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2001;6:7-10 [Molochkov AV, Kadyrova EL, Kartashova MG, et al. The detection of human herpes virus type 8 of the idiopathic Kaposi's sarcoma of urogenital tract tissues. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2001;6:7-10 (In Russ.)].
10. Тлиш М.М., Наатыж Ж.Ю., Сычева Н.Л., Бойко Н.А., Иризелян Г.А. Трудности диагностики системной красной волчанки. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014;17(3):36-41 [Tlish MM, Naatyzh ZhYu, Sycheva NL, Boyko NA, Eriselen GA. Difficulties in the diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2014;17(3):36-41 (In Russ.)].
11. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003:488 [Pokrovsky VV, Ermak TN, Belyaeva VV, Yurin OG. HIV infection: clinic, diagnosis and treatment. Moscow: GEOTAR-MED, 2003:488 (In Russ.)].
12. Рощина А.А., Пономарева Е.Ю., Реброва А.П. «Маски» ВИЧ/СПИД в практике терапевта. *Терапевтический архив*. 2015;87(4):41-6 [Roshchina AA, Ponomareva EYu, Rebrova AP. "Masks" HIV/AIDS in the practice of the therapist. *Therapeutic Archive*. 2015;87(4):41-6 (In Russ.)].
13. Тлиш М.М., Наатыж Ж.Ю., Сычева Н.Л., Бойко Н.А., Иризелян Г.А. Системная красная волчанка: междисциплинарный подход к диагностике. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016;19(3):142-7 [Tlish MM, Naatyzh ZhYu, Sycheva NL, Boyko NA, Eriselen GA. Systemic lupus erythematosus: a multidisciplinary approach to diagnosis. *Russian J Skin and Venereal Diseases*. 2016;19(3):142-7 (In Russ.)].
14. Зимина И.А., Калягин А.Н., Федотова В.Н., Горбачева М.В. Больной ВИЧ-инфекцией в терапевтической практике (заметки по одному наблюдению). *Журнал инфекционной патологии*. 2011;18(3-4):19-21 [Zimina IA, Kalyagin AN, Fedotova VN, Gorbacheva MV. Patient with HIV infection in therapeutic practice (notes on one observation). *J Infectious Pathology*. 2011;18(3-4):19-21 (In Russ.)].
15. Mahajan A, Tandon VR, Verma S. Rheumatological Manifestations in HIV Infection. *J Indian Academy of Clinical Medicine*. 2006;7(2):136-44.
16. Горячкина Л.А., Барышникова Г.А., Тихомирова С.В. и др. Лекарственная аллергия и перекрестные аллергенные свойства препаратов, справочник. М., 1998:74 с. [Goryachkina LA, Baryshnikova GA, Tikhomirova SV, et al. Drug Allergy and cross-allergenic properties of drugs, Handbook. Moscow, 1998:74 p (In Russ.)].
17. Тлиш М.М. Клинико-статистическое подтверждение терапевтической прогрессивности авторских приемов немедикаментозной коррекции показателей биохимического и иммунологического статуса больных зудящими дерматозами. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2013;1: 166-71 [Tlish MM. Clinico-statistical evidence of therapeutic progressiveness of the author's methods of non-pharmacological correction of biochemical and immunological status of patients with itching dermatoses. *Kuban scientific medical Bulletin*. 2013;1:166-71 (In Russ.)].
18. Grigoriev DV. Exudative erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and Lyell's syndrome – a modern interpretation of the problem. *Russkij Medicinskij Jurnal*. 2013;22:1073-83 (In Russ.)].

Поступила 04.12.2018