

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА В ВИДЕ СОЧЕТАННОЙ КОЖНОЙ ПАТОЛОГИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА

Барабанов А.Л., Дымель Л.Б., Горовая М.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

УЗ «Городская клиническая инфекционная больница»

Минск, Беларусь

andbarabanov@mail.ru

В статье описан редкий клинический случай воспалительного синдрома восстановления иммунитета у ВИЧ-инфицированного пациента, проявляющийся в виде сочетания нескольких папуло-сквамозных, аллергических и аутоиммунных заболеваний кожи, прогрессировавших по мере улучшения иммунного статуса пациента. Случай представляет интерес для дерматологов, инфекционистов и врачей общей практики.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; дерматозы; воспалительный синдром восстановления иммунитета.

IMMUNE RECONSTITUTION INFLAMMATORY SYNDROME AS COMBINED CUTANEOUS MANIFESTATIONS IN HIV-INFECTED PATIENT

Barabanau A.L., Dymel L.B., Gorovaya M.P.

Belarusian State Medical University,

Municipal clinical infectious hospital

Minsk, Belarus

This article describes the rare clinical case of immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-infected person that manifest as combination of several papulosquamous, allergic and autoimmune cutaneous conditions, that progressed as immune status of patients improved. The clinical situation described shall be of interest for dermatologists, infectionists and general practitioners.

Key words: HIV-infection; dermatoses; immune reconstitution inflammatory syndrome.

ВИЧ-инфекция – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), поражающее, главным образом, клетки иммунной системы. Воспалительный синдром восстановления иммунитета (ВСВИ) – парадоксальная реакция, наблюдающаяся у 10,4-31,7% ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих антиретровирусную терапию, которая проявляется ухудшением клинической симптоматики в различной степени на фоне роста уровня CD4-клеток и падения вирусной нагрузки. ВСВИ является результатом иммунного ответа, излишне выраженного по своей степени, вероятно, из-за неадекватной регуляции, активной выработки провоспалительных медиаторов при возрастании уровня CD4+Т-лимфоцитов, развития иммунопатологической реакции.

Подтверждающими ВСВИ признаками считаются хороший ответ на антиретровирусную терапию (АРВТ) (снижение вирусной нагрузки и /или подъем CD4), ухудшение состояния пациента, связанное с инфекционным или

воспалительным заболеванием, по времени совпадающее с началом АРВТ, несоответствие симптомов «ожидаемому» клиническому течению ранее диагностированной инфекции, по поводу которой пациент получает адекватное эффективное лечение. Средние сроки развития – 3 месяца от начала АРВТ [1, 2].

К возможным кожным проявлениям ВСВИ относятся обострение или ухудшение инфекционных дерматозов различной природы, развитие или ухудшений воспалительных реакций аллергического, аутоиммунного и другого происхождения, развитие и прогрессирование опухолей [2].

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациент Я., мужчина, 37 лет, поступил в отделение оппортунистических инфекций УЗ ГКИБ с основным диагнозом: ВИЧ-инфекция, III клиническая стадия. Двухсторонняя полисегментарная пневмония, ДНО. Сопутствующий диагноз: хронический вирусный гепатит С (анти-НСV+), без клинико-биохимической активности. ВИЧ-инфекция выявлена 2 года назад. АРВТ не получал, на диспансерном учете не состоял, являлся потребителем инъекционных наркотиков (в анамнезе), алкоголя. Высыпания на коже (со слов) появились в течении последнего года, личный и семейный анамнез по кожной патологии (со слов) не отягощен. Общий и биохимический анализ крови – без существенной патологии. Содержание лимфоцитов CD4+ – 247 клеток/мкл (26%), CD8 – 414 клеток/мкл (43%). Вирусная нагрузка (ВН): 130000 копий/мл. На момент поступления пациент предъявлял жалобы на зудящие высыпания на коже туловища, конечностей, очаг выпадения волос на волосистой части головы (в течении последнего месяца). Был осмотрен консультантом-дерматологом. Локальный статус: кожные покровы сухие, с мелкопластинчатым шелушением, особенно выпавенным на предплечьях и голенях. На коже лица, волосистой части головы – очаги в виде участков легкой инфильтрации с нечеткими границами застойно-красного и розового цвета, на поверхности которых – чешуйки и чешуйко-корки, множественные мелкие пустулы, следы расчесов. На конечностях - участки гиперпигментации с нечеткими границами. В затылочной области – очаг выпадения волос диаметром до 5 см, кожа в нем не изменена, фолликулы сохранены. На слизистой рта – белесые налеты. В углах рта — болезненные трещины. На основании клинических данных, данных анамнеза был выставлен диагноз: Себорейный дерматит лица и волосистой части головы. Демодекс-фолликулит лица (клинически). Гнездная алопеция области затылка, неактивная фаза. Ксероз. Зудящие фолликулиты туловища (малассезия-ассоциированные?). Сухая экзема туловища. Орофарингеальный кандидоз. Ангулярный стоматит. Помимо АРВТ, пациенту было назначено лечение имеющихся заболеваний кожи и слизистых согласно клиническим протоколам. Пациент был выписан с улучшением кожного процесса.

Повторно пациент был осмотрен дерматологом в консультативно-диспансерном отделении по ВИЧ-инфекции (КДО) УЗ ГКИБ через 3 месяца после выписки. Лабораторно: общий анализ крови без существенной патологии, в биохимическом анализе крови – значительное повышение АСТ и АЛТ при нормальном уровне билирубина. Содержание лимфоцитов CD4+ – 482

клеток/мкл (31%), CD8 – 616 клеток/мкл (43%). ВН: менее 500 копий/мл (не определяемая). Предъявлял жалобы на постепенное ухудшение состояния волосистой части головы и кожи (после временного улучшения), изменение характера высыпаний. Локальный статус: сухость кожных покровов сохраняется. Лицо умеренно гиперемировано, слегка шелушится. На коже туловища, верхних и нижних конечностей — очаги умеренной инфильтрации, застойно гиперемированные, шелушащиеся, размером до 10-20 см, зудящие узелки с эксфолированными верхушками, размером до 1 см. Слизистые полости рта — чистые. На коже волосистой части головы исходный очаг выпадения волос вырос до диаметра 10 см, на поверхности — рост редких светлых волос. Рядом возник второй очаг, размером 5-7 см, на поверхности — также рост светлых волос, но менее обильный. На момент обследования пациент использовал 5% раствор миноксидила на область выпадения волос около 1,5 месяцев, другие рекомендованные средства использовал периодически. На основании кожных проявлений выставлен диагноз: Многоочаговая гнездная алопеция, неактивная фаза. Себорейный дерматит лица и волосистой части головы, невыраженное обострение. Ксероз. Атопический дерматит, взрослая фаза, эритематозно-сквамозная и пруригинозная форма. Было рекомендовано продолжить прием препаратов для АРВТ, назначено лечение атопического дерматита в соответствии с клиническими протоколами. На область выпадения волос добавлена мазь с бетаметазоном, раствор миноксидила рекомендовано продолжить

Еще через 4 месяца пациент был снова проконсультирован дерматологом в КДО УЗ ГКИБ в связи с обострением процесса на коже (в течение последнего месяца) и прогрессирующим ухудшением состояния волосистой части головы (рекомендовавшееся дерматологом лечение самовольно прекратил). На момент обследования общий анализ крови без патологии, в биохимическом анализе крови — повышение АСТ и АЛТ. Содержание лимфоцитов CD4+— 590 клеток/мкл (34%), CD8 – 691 клеток/мкл (40%). ВН: менее 500 копий/мл (не определяемая). Локальный статус: сухость кожных покровов сохраняется. Лицо умеренно гиперемировано, слегка шелушится, с единичными мелкими пустулами (рекомендованное ранее лечение пациент не применял). На коже туловища, верхних и нижних конечностей — очаги умеренной инфильтрации, застойно гиперемированные, гиперпигментированные, шелушащиеся, размером до нескольких десятков см, со следами расчесов, зудящие узелки с эксфолированными верхушками, размером до 1 см. На коже волосистой части головы: множественные очаги выпадения волос, в разной степени покрытые длинными светлыми тонкими волосами, занимающие большую часть кожи волосистой части головы. Есть также зоны побеления волос и кожи головы, возникшие без предшествующего их выпадения. На основании клинических проявления выставлен диагноз: Многоочаговая гнездная алопеция, отращивание пушковых волос. Витилиго кожи волосистой части головы. Себорейный дерматит лица и волосистой части головы, невыраженное обострение. Ксероз. Атопический дерматит, взрослая фаза, эритематозно-сквамозная и пруригинозная форма. К рекомендованному ранее лечению был добавлен курс инъекций бетаметазона дипропионата / бетаметазона динатрия фосфата под

контролем уровня CD4-клеток. Однако на назначенную позже консультацию пациент не явился.

Таким образом, на фоне падения вирусной нагрузки и повышения уровня CD4+ лимфоцитов у наблюдаемого пациента разрешились инфекционные проявления (орофарингеальный кандидоз, ангулярный стоматит, фолликулиты), но развилось обострение аллергического заболевания – атопического дерматита, сохранились ксероз и себорейный дерматит, ухудшилось течение аутоиммунной по своей природе гнездной алопеции и развилось также аутоиммунное заболевание – витилиго. Развитие сходной ситуации следует учитывать в случае улучшения иммунитета на фоне АРВТ врачам-дерматологам, инфекционистам и врачам общей практики.

Список литературы

1. Walker, N.F. Immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-infected patients / N.F. Walker, J. Scriven, G. Meintjes, R.J. Wilkinson // HIV/AIDS - Research and Palliative Care. – 2015. – vol. 7. – p. 49-64.
2. Rannakoe, L. Dermatologic manifestations of the immune reconstitution inflammatory syndrome // L. Rannakoe, G. Meintjes // Dermatol. Clin. – 2006. – vol. 24(4). – pp. 549-570.