

УДК 616.98:616.995.428

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов

DOI: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2019-11-1-81-86>

СЛУЧАИ ЧЕСОТКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

¹М.Н.Гаджимурадов*, ¹М.Г.Алиева, ¹Г.Д.Мамашева, ²А.А.Гунашева¹Дагестанский государственный медицинский университет, Республика Дагестан, Махачкала, Россия²Республиканский кожно-венерологический диспансер, Республика Дагестан, Махачкала, Россия

© Коллектив авторов, 2019 г.

Представлены клинические наблюдения чесотки у ВИЧ-инфицированных мужчин 40 и 25 лет, которая атипично проявлялась. Паразитарное заболевание у обоих носило распространенный характер с вовлечением в процесс волосистой части головы и лица. Причем типичные чесоточные ходы идентифицировать ни у кого из них не удалось. Эфлоресценции манифестировали с ярко выраженным экссудативным компонентом: везикулы, папулы, уртикароподобные экзантемы и папуловезикулы. Одному пациенту, страдающему уже более двух месяцев, ошибочно была выставлена распространенная экзема, и без эффекта проведена десенсибилизирующая терапия. В то же время местное противоскобиозное лечение у него вызвало усиление инфильтрации в основании элементов кожи и их отечность. Тем не менее после курса наружной терапии экзантемы постепенно регрессировали, зуд исчез. У второго больного в течение недели после местной терапии экзантемы также регрессировали, но зуд эпизодически появлялся один-два раза в сутки в отдельные дни. Таким образом, практикующим дерматологам у ВИЧ-инфицированных пациентов с зудящими дерматозами (экземой, крапивницей, чесухой) необходимо проводить их дифференциальную диагностику с чесоткой.

Ключевые слова: атипичная чесотка, ВИЧ-инфицированные, клиника, случаи из практики

CASES OF SCABIES IN HIV-INFECTED PATIENTS

¹M.N.Gadzhimuradov*, ¹M.G.Alieva, ¹G.D.Mamasheva, ²A.A.Gunasheva¹Dagestan State Medical University, Republic of Dagestan, Makhachkala, Russia²Republican Dermatovenereologic Dispensary, Republic of Dagestan, Makhachkala, Russia

There are presented clinical observations of scabies in HIV-infected men 40 and 25 years old. Scabies was atypical. Parasitic disease in both cases was very widespread and involving face and hairy part of the head. And the typical itching trails were not found. Efflorescences were manifested by strongly expressed exudative elements-vesicles, papules, urticariform exanthems. One of the patients, who has been suffering for more then two months from the disease, was misdiagnosed common eczema. Desensitizing therapy was ineffective. In the same time antiscabial therapy caused strengthening of infiltration in the base of elements and puffiness. Nevertheless, exanthems gradually regressed after the course of external therapy. The itch disappeared. The second patient's exanthems also regressed during a week after the local therapy. But the itch episodically appeared one-two times a day on some days. In this way, practicing dermatologists have to make differential diagnostics of HIV-infected patients with itching dermatoses (eczema, urticaria, pruritus) and scabies.

Key words: atypical scabies, HIV-infected, clinic, cases of practice

Для цитирования: Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д., Гунашева А.А. Случаи чесотки у ВИЧ-инфицированных больных // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2019. Т. 11, № 1. С. 81–86, DOI: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2019-11-1-81-86>.

В Республике Дагестан на 2018 год зарегистрировано 3056 лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (интенсивный показатель — 71,8 на 100 тысяч населения). Из них в 2017 году зарегистрировано 238 ВИЧ-инфицированных.

Поражения кожи и видимых слизистых оболочек являются клиническим проявлением ВИЧ-инфекции у четырех из пяти больных. Часто наблюдается одномоментно манифестация нескольких из следующих дерматозов (синдромов): кандидоз, разноцветный лишай, паховая эпидермофития, руброми-

коз, простой герпес, опоясывающий лишай, контактный моллюск, экзема, стафилодермия, себорейный дерматит, кожный зуд, телеангиоэктазии. При ранних стадиях заболевания на одного больного приходится в среднем 2,5 дерматологического синдрома, а на поздних — до 3,7. Возникают они на фоне снижения Т-хелперов периферической крови ниже $100 \text{ в } 1 \text{ мм}^3$ и приобретают несвойственные им признаки [1, 2]. Ряд таких атипичных критериев у определенного дерматоза выделяют в вероятные, а порой и в патогномоничные проявления ВИЧ-инфекции. Чаще это инфекционно-паразитарные дерматозы, которые упорно протекают с нарастающей тяжестью, стойкостью к терапии [1, 3]. Дерматологическим маркером у больных с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом) является и норвежская чесотка [3], часто с диссеминированным характером заболевания и высокой контагиозностью. Заболевание протекает с поражением лица и волосистой части головы. При длительном течении наблюдаются папулы, гиперкератоз, везикулы, пустулы, эритродермия и сильный зуд. Отмечаются корки, толщиной от нескольких миллиметров до 2–3 см. Они болезненны и могут ограничивать движения [4]. После лечения чесотки у больных СПИДом часто разви-

источником заражения паразитами 72 человек в клинике, что отличает *scabies* в такой группе риска высокой контагиозностью [5]. Атипичность может проявляться и в виде характерной детскому возрасту локализации на лице, волосистой части головы, стопах и подошвах, сопровождаясь сильным зудом. Могут отмечаться варианты чесоточных ходов в виде лентиккулярных папул и пузырей [4]. Особенно актуален у этого контингента пациентов половой путь передачи чесотки [6]. Такой путь распространения всегда рассматривается при данном паразитарном заболевании, но резко возрастает в группах риска, к которым можно отнести больных СПИДом [7].

Приводим наши клинические наблюдения.

Клинический случай № 1. Больной Г., 40 лет, обратился в ГБУ РД «Республиканский кожно-венерологический диспансер» (ГБУ РД РКВД) г. Махачкалы с жалобами на распространенный зуд кожных покровов.

Из анамнеза. Со слов пациента: более двух месяцев беспокоит зуд кожи, который изначально локализовался на тыле кистей, а затем диссеминировал по всему кожному покрову. Причем беспокоит как днем, так и ночью. Обращался к дерматологу, который выставил диагноз «распространенная экзема» и прописал десенсибилизирующую терапию с гипоаллергенной диетой: зодак по 10 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, смекта по 3 г (развести в 100 мл воды) 3 раза в сутки (5 дней), наружно рекомендовано наносить на очаги поражения крем элидел 2 раза в сутки. Пациент отмечает, что от проведенного лечения эффекта не наблюдалось, отмечалось ухудшение состояния. Родители и члены семьи не имеют подобных дерматологических заболеваний.

Status specialis: поражение кожи носит распространенный и симметричный характер. В области ушных раковин, шеи, бороды элементы представлены полиморфными высыпаниями (везикулы, папулы, уртикароподобные экзантемы, корочки) с экзематизацией (рис. 2, 3а и 3б).

Отечные папуловезикулезные элементы представлены на боковой поверхности спины, ягодицах, подмышечных впадинах и голенях (рис. 4–7).

Высыпания, покрытые кровянистыми корочками, отмечаются на коже разгибательной поверхности локтевых суставов (рис. 8).

Обоснование диагноза: ночной зуд, отсутствие эффекта от десенсибилизирующей терапии зудящего дерматоза навело на мысль о чесотке. Однако



Рис. 1. Постскабиозная лимфоплазия кожи

вается зудящий, упорный постскабиозный дерматит, который длится несколько месяцев, несмотря на проводимую терапию — постскабиозная лимфоплазия кожи (рис. 1) [4].

Именно атипичные проявления чесотки преобладают у ВИЧ-инфицированных. Так, наблюдаемые Portu J.J. et al. (2004) 5 случаев чесотки у пациентов с ВИЧ манифестировали в форме норвежской чесотки, причем один из больных стал



Рис. 2. Пациент Г., 40 лет: уртикароподобные высыпания в области бороды



Рис. 4. Пациент Г., 40 лет: экссудативные папуловезикулы боковой поверхности кожи спины



Рис. 5. Пациент Г., 40 лет: экссудативные папуловезикулы ягодичной области



Рис. 3. Пациент Г., 40 лет: *а* — корочки, картина экзематизации правой ушной раковины; *б* — корочки, картина экзематизации левой ушной раковины и заушной области

поражение лица, шеи, ушных раковин, локтей, подмышечных впадин, узелки в очагах поражения не укладываются в типичную картину чесотки.



Рис. 6. Пациент Г., 40 лет: эксориации и экссудативные папуловезикулы задней поверхности голени



Рис. 7. Пациент Г., 40 лет: экссудативные уртикароподобные элементы в области подмышечной впадины



Рис. 9. Пациент Г., 40 лет: на фоне лечения 33%-ной серной мазью (4-й день) инфильтрация папулезных элементов возросла



Рис. 8. Пациент Г., 40 лет: наличие кровянистых корочек на коже разгибательной поверхности локтя и в его окружности

С такими проявлениями она может изредка протекать у детей раннего детского возраста. Пациенту было рекомендовано провести обследование крови — методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) — качественный анализ РНК ВИЧ, который оказался у него положительный.

Выставлен предварительный диагноз «чесотка», и назначено пробное лечение: супрастин по 1 таб-

летке на ночь (7 дней), 33%-ную серную мазь втирать ежедневно в течение 7 дней. На фоне лечения отмечается усиление инфильтрации в основании элементов и их отечность (рис. 9).

После курса терапии экзантемы постепенно регрессировали, зуд исчез. Пациент направлен на консультацию в ГБУ РД «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом МЗ Республики Дагестан» (Центр СПИД РД).

Клинико-лабораторные данные о ВИЧ-инфицированном, по материалам Центра СПИД РД.

Диагноз: «ВИЧ-инфекция, стадия 3 (фаза латентная)».

Из анамнеза. Прием наркотиков и переливание крови отрицает, половые контакты — беспорядочные. Предполагаемый путь инфицирования — половой гетеросексуальный.

Клинические данные. Общее состояние удовлетворительное, питание в норме. Сознание ясное, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Стул и мочеиспускание в норме. Лимфаденопатия, увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы, которые безболезненны при пальпации.

Лабораторные данные. ПЦР+, иммуноферментный анализ (ИФА)+, иммунный блоттинг (ИБ)+, выявлены белки и гликопротеиды: gp160, gp120, p68, p55, gp41, p41, p34, p25, p18.

Исследован и коэффициент иммунного статуса больного (в норме 1,0 и выше), который представляет собой отношение Т-лимфоцитов хелперов (имеют CD4-рецепторы на своей поверхности) к Т-лимфоцитам супрессорам (имеют CD8 рецепторы): CD4 — 380, CD8 — 62; CD4/CD8 — 0,68. Показатель CD4 — это количество Т-лимфоцитов хелперов в 1 мм³ крови; показатель CD8 — это количество Т-лимфоцитов супрессоров в 1 мм³ крови.

Клинический случай № 2. Больной И., 25 лет: с жалобами на постоянный зуд госпитализирован в ГБУ РД РКВД г. Махачкалы.

Из анамнеза. Три месяца назад появился ночной зуд в области половых органов живота, локтей, голеней и коленей. Затем стал беспокоить и днем. Месяц назад процесс распространился на лицо и волосистую часть головы. При этом кожа лица не зудит. Пациент не женат, живет один.

Status specialis. На коже волосистой части головы, лица, предплечий и голеней — полиморфные



Рис. 10. Пациент И., 25 лет, в области локтей и задней поверхности предплечья везикулы, милиарные папулы, папуловезикулы



Рис. 11. Пациент И., 25 лет, на волосистой части головы уртикарноподобные высыпания, эксфолиации



Рис. 12. Пациент И., 25 лет, на передней поверхности правой голени везикулы, корочки. В основании элементов присутствует экссудативный компонент



Рис. 13. Пациент И., 25 лет, на лице дермальные пустулы с плотным инфильтратом в основании, желтоватые корочки

высыпания (папулы, везикулы, папуловезикулы, уртикарноподобные, эрозии, корочки) с воспалительным экссудативным компонентом (рис. 10–13).

Пациент апатичный, вялый; работает надзирателем в тюрьме. Стоит на учете в Центре СПИД РД. Диагноз: «хроническая чесотка с поражением лица и волосистой части головы».

Проведено лечение: супрастин по 0,025 г 3 раза в день (7 дней), 20%-ная водно-мыльная суспензия бензилбензоата — втирать в кожу 1 раз в день в течение 4 дней. Перед каждым втиранием пациент купался, после каждого мытья рук повторно втирал препарат. В последующие 3 дня пациент не мылся. В течение недели после местной терапии экзантемы регрессировали, зуд исчез, однако эпизодически появлялся один-два раза в сутки в отдельные дни.

Клинико-лабораторные данные о ВИЧ-инфицированном, по материалам Центра СПИД РД.

Диагноз: «ВИЧ-инфекция, стадия 3 (фаза латентная)».

Жалобы на общую слабость и утомляемость.

Из анамнеза (данные четырехмесячной давности из амбулаторной карты Центра СПИД РД). Женат (в последствии развелся), прием наркотиков и переливание крови отрицает, половые контакты внебрачные отрицает. Предполагаемый путь инфицирования — половой.

Клинические данные. Общее состояние удовлетворительное, питание в норме. Сознание ясное, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Стул и мочеиспускание в норме. Лимфаденопатия, увеличены шейные и подмышечные лимфатические узлы, которые безболезненны при пальпации.

Лабораторные данные. ПЦР+, ИФА+, ИБ+; выявлены белки и гликопротеиды тест-система

НБЮ ЛАВ БЛОТ (NEW LOVE BLOT): gp160, gp120, p68, p55, p52, gp41, p40, p34, p25. CD4 — 320, CD8 — 961; CD4/CD8 — 0,33.

Представленные случаи чесотки у ВИЧ-инфицированных пациентов демонстрируют необычное течение паразитарного дерматоза. Так, типичные чесоточные ходы не наблюдаются, в процесс вовлекаются лицо и волосистая часть головы. В полиморфных высыпаниях присутствует экссудация, процесс осложняется экзематизацией и пиодермией. Наряду с ночным, отмечается и дневной зуд. Таким образом, практикующим дерматологам у ВИЧ-инфицированных пациентов — с клинически идентифицированными экземой, крапивницей, почесухой — необходимо исключать чесотку, а в некоторых случаях даже провести пробное лечение.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Потекаев Н.С. Дерматовенерология — синтез науки и практики. Избранные труды. М.: Медицинская книга, 2004. С. 460–470. [Potekae N.S. Dermatovenereology is a synthesis of science and practice. Selected works. Moscow: Medical book, 2004, pp. 460–470 (In Russ.).]
2. Кабанова В.И., Базюк Е.М., Степанов Е.В. Клинический случай висцерального лейшманиоза у пациента с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ инфекция и иммуносупрессии. 2015. Т. 7, № 3. С. 80–85. URL: http://www.bmoc-spb.ru/mags/vich/files/Vich_No_03_2015_sait.pdf. [Kabanova V.I., Bazyuk E.M., Stepanov E.V. Clinical case of visceral leishmaniasis in a patient with HIV infection. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2015, Vol. 7, No. 3, pp. 80–85. URL: http://www.bmoc-spb.ru/mags/vich/files/Vich_No_03_2015_sait.pdf (In Russ.).]
3. Холдин А.А., Новоселов В.С., Львов А.Н. и др. Розацеа у ВИЧ-инфицированных больных // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2007. № 3. С. 62–64. [Kholdin A.A., Novoselov V.S., Lvov A.N. et al. Rosacea in HIV-infected patients. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 2007, No. 3, pp. 62–64 (In Russ.).]
4. Соколова Т.В., Малиарчук А.П., Гладко В.В. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных чесоткой. М.: РОДВК, 2013. 22 с. URL: https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf. [Sokolova T.V., Malyarchuk A.P., Gladko V.V. Federal clinical guidelines for the management of patients with scabies. Moscow: RODVK, 2013, 22 p. URL: https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf (In Russ.).]
5. Portu J.J., Santamaria J.M., Zubero Z. et al. Atypical scabies in HIV-positive patients. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1996, Vol. 34, No. 5, pp. 915–917. URL: <http://www.biomedsearch.com/nih/Atypical-scabies-in-HIV-positive/8621828.html>.
6. Habib L., Campbell C. Sexually transmitted diseases in HIV-infected patients. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2000, Vol. 43, pp. 409–432. URL: <https://www.aad.org/public/diseases/contagious-skin-diseases/scabies>.
7. Stone S.P., Goldfarb J.N. Scabies, other mites, and pediculosis. In: Wolff K., Goldsmith L.A. et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine (seventh edition). McGraw Hill Medical, New York, 2008, pp. 2019–2032.

Статья поступила 29.09.2018 г.

Контактная информация: Гаджимурадов Марат Нурмагомедович, e-mail: gabenu@mail.ru

Коллектив авторов:

Гаджимурадов Марат Нурмагомедович — д.м.н., доцент, зав. кафедрой кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 367012, Республика Дагестан, Махачкала, пл. Ленина, 1, e-mail: gabenu@mail.ru;

Алиева Мадина Гаджиевна — ассистент кафедры кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 367012, Республика Дагестан, Махачкала, пл. Ленина, 1, e-mail: madiina444@yandex.ru;

Мамашева Гезель Данияловна — к.м.н., ассистент кафедры кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 367012, Республика Дагестан, Махачкала, пл. Ленина, 1, e-mail: g-mamasheva@mail.ru;

Гунашева Амина Арслановна — врач-ординатор ГБУ Республики Дагестан «Республиканский кожно-венерологический диспансер», 367015, Республика Дагестан, Махачкала, пр. Али-Гаджи Акушинского, «Горка», e-mail: arslanka25@yandex.ru.