

# Псориаз и поздняя кожная порфирия, ассоциированная с хроническим гепатитом С при ВИЧ-инфекции (клинические наблюдения)

И.А. Коротаева, Л.Ф. Скляр, А.И. Симакова, Л.Г. Сингур, А.Ф. Попов

ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России  
690002, г. Владивосток, проспект Острякова, д. 2

Продолжающийся рост числа ВИЧ-инфицированных пациентов обусловлен, с одной стороны, увеличением продолжительности их жизни на фоне антиретровирусной терапии, а с другой — высокой частотой возникновения новых случаев ВИЧ-инфекции. Следует помнить о том, что практически каждый ВИЧ-позитивный пациент имеет сопутствующее заболевание. Наличие сочетанной патологии способствует увеличению койко-дней, инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, а также приводит к полипрагмазии. Кроме того, полипрагмазия, особенно у ВИЧ-позитивных пациентов, способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов. В настоящей статье представлены клинические примеры заболеваний кожи у пациентов с ВИЧ.

Ключевые слова: **ВИЧ-инфекция, хронический вирусный гепатит С, псориаз, поздняя кожная порфирия.**

Контактная информация: Korotayevaia@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2015; (4): 90—94.

# Psoriasis and porphyria cutanea tarda, associated with chronic hepatitis C in HIV-infected patients (clinical observation)

I.A. Korotaeva, L.F. Sklyar, A.I. Simakova, L.G. Singur, A.F. Popov

PSMU Pasific State Medical University  
Ostryakova ave., 2, Vladivostok, 690002, Russia

The continued growth of HIV-infected patients is associated on the one hand, with increase of life expectancy because of antiretroviral therapy, and the other — with high incidence of new cases of HIV-infection. It is important to remember that almost every HIV-infected patient has concomitant disease. The presence of comorbidity increases days of hospitalization, disability, impedes rehabilitation and leads to polypharmacy. Moreover, polypharmacy, particularly in HIV-patients, contributes to a sharp increase of adverse local and systemic side effects of drugs. This article presents the clinical examples of skin diseases in patients with HIV-infection.

Key words: **HIV-infection, chronic hepatitis C, psoriasis, porphyria cutanea tarda.**

Corresponding author: Korotayevaia@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2015; 4: 90—94.

■ Продолжающийся рост числа ВИЧ-инфицированных пациентов обусловлен, с одной стороны, увеличением продолжительности их жизни на фоне антиретровирусной терапии, а с другой — высокой частотой возникновения новых случаев ВИЧ-инфекции. Согласно данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, наблюдается ухудшение эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции, сохраняется высокий уровень заболеваемости [1—3]. Темпы прироста новых случаев не снижаются, увеличивается общее число ВИЧ-инфицированных и число смертей среди них [4]. Это значит, что происходит выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию. Такая эпидемическая картина ведет к значительным человеческим и экономическим потерям, что делает ВИЧ-инфекцию важнейшей мировой медицинской и социальной проблемой [5].

Известно, что влияние сопутствующей патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально [6, 7]. При этом взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного патоморфоза значительно изменяет клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшает качество жизни больного, ограничивает или затрудняет лечебно-диагностический процесс.

Для ВИЧ-инфекции характерно многолетнее течение, клинически связанное с прогрессирующим снижением иммунитета, поражением различных органов и систем. Практически каждый ВИЧ-позитивный пациент имеет сопутствующее заболевание. Наличие сочетанной патологии способствует увеличению койко-дней, инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, увеличивает число осложнений после хирургических вмешательств, а также приводит к полипрагмазии. Кроме того, полипрагмазия, особенно у ВИЧ-позитивных пациентов, способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов. К таким заболеваниям можно отнести позднюю кожную порфирию — приобретенную (спорадическую) форму, которая может развиваться при опухолях печени, гепатитах, при приеме некоторых лекарственных средств, в том числе назначении антиретровирусной терапии (АРВТ). Таким больным не всегда своевременно ставят правильный клинический диагноз. К сожалению, нет систематических данных об этой патологии у данной группы пациентов.

Вопреки распространенным заблуждениям, ВИЧ-инфекция не принадлежит к каким-то уникальным болезням, а является заболеванием, имеющим своеобразную и достаточно яркую клиническую картину. В частности, у пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечается высокая частота кожных поражений [4, 8, 9]. Они регистрируются у 90% больных в разные сроки болезни

и склонны к обширному распространению и тяжелому рецидивирующему течению, что требует правильной, своевременной диагностики и корректного лечения. Для исследователей псориаза представляется парадоксальным, что лечение ВИЧ-инфицированных, направленное на уменьшение количества Т-клеток или их активности, в целом способствует улучшению течения псориаза, а ВИЧ-инфекция сопровождается уменьшением количества Т-клеток. Однако с течением времени при прогрессировании ВИЧ-инфекции, увеличением вирусной нагрузки и уменьшением количества циркулирующих CD4+ клеток псориаз у ВИЧ-инфицированных обостряется или приобретает более тяжелую форму. В дополнение к этой загадке ВИЧ-инфекция обычно сопровождается сильным сдвигом цитокинового профиля в сторону Th2, в то время как вульгарный псориаз у неинфицированных больных характеризуется сильным сдвигом цитокинового профиля в сторону Th1. По принятой в настоящее время гипотезе уменьшенное количество и патологически измененная активность CD4+ Т-лимфоцитов у больных с ВИЧ-инфекцией вызывают гиперактивацию CD8+ Т-лимфоцитов, которые ответственны за развитие и обострение псориаза у ВИЧ-инфицированных [10]. Псориаз у больных с ВИЧ-инфекцией часто протекает чрезвычайно тяжело и плохо поддается или вообще не поддается стандартным методам терапии, что делает проблему исследования клинико-иммунологических особенностей течения псориаза у таких пациентов, несомненно, актуальной [11, 12]. Болезнь значительно ухудшает качество жизни, снижает работоспособность и социальную активность пациентов, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы [11, 13].

Частой сопутствующей патологией при ВИЧ-инфекции является хронический вирусный гепатит С. Согласно статистическим данным хронический гепатит С (ХГС) — самая частая причина поражения печени у ВИЧ-инфицированных пациентов [1, 14]. Из 35 млн ныне живущих ВИЧ-инфицированных людей примерно у 20% (7 млн) установлен ХГС. Развитие вирусного гепатита С на фоне ВИЧ-инфекции усугубляет иммунные нарушения. Известно, что ХГС вызывает иммунные нарушения сам по себе. Механизмы, лежащие в основе иммунных нарушений при ВИЧ-инфекции, в сочетании с ХГС изучены мало [8, 15]. Одним из внесистемных проявлений ХГС может являться поздняя кожная порфирия (спорадическая форма).

Представляем клинические случаи сочетанной патологии ВИЧ-инфекции с псориазом и системными внепеченочными проявлениями хронического вирусного гепатита С — поздней кожной порфирией.

#### **Клинический случай 1**

Пациент А., 52 года, поступил в СПИД-центр Владивостока с жалобами на высыпания на коже, сопро-

вождаемые периодическим зудом, чувством стянутости кожи, выраженным шелушением, болезненность и затруднение движений в суставах. Считает себя больным с 2007 г., когда впервые без объективной причины появились высыпания на коже. В том же году обратился к врачу-дерматовенерологу, которым был установлен диагноз: псориаз распространенный, лентикулярно-бляшечная форма, зимний тип. Неоднократно получал санаторно-курортное лечение с выраженным клиническим улучшением. В июне 2013 г. — резкое обострение, сочетающееся с появлением болевого синдрома в области суставов, генерализацией высыпаний, появлением пустулизации. Госпитализирован в кожно-венерологический диспансер, где впервые выявлена ВИЧ-инфекция. Выписан с клиническим улучшением. Через год после злоупотребления алкоголем — резкое обострение, развитие псориатического полиартрита с выраженным болевым синдромом. Плано госпитализирован в СПИД-центр для лечения и решения вопроса о назначении антиретровирусной терапии. При объективном обследовании состояние средней тяжести. Положение вынужденное, полусидя, в связи с выраженным болевым синдромом в области суставов. Локальный статус: процесс распространенный, симметричный, островоспалительный, локализующийся на коже лица, туловища, конечностей. Процесс представлен множественными папулами, бляшками округлых очертаний с четкими границами, склонными к слиянию в обширные очаги. По периферии высыпаний — венчик гиперемии. На поверхности папул, бляшек — множественные мелкие пустулы, эрозии с наслоением гнойных, серозных корок, обрывками эпидермиса (рис. 1, 2). Ногтевые пластины пальцев кистей, стоп желтоватого цвета, тусклые, с шероховатой поверхностью, точечными углублениями, продольными геморрагиями, выраженным подногтевым гиперкератозом. Область дистальных фаланг кистей, стоп, лучезапястных, голеностопных, коленных суставов отечна, болезненна при пальпации. Движение в суставах затруднено. Кисти, стопы отечны (рис. 3).

Клинический анализ крови: Нв/110г/л, эр.  $3,7 \cdot 10^6$ /л, тр.  $320 \cdot 10^9$ /л, л.  $120 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 25 мм/ч. Биохимические пробы печени: аспартатаминотрансфераза 42,5 Е/л, аланинаминотрансфераза 54,4 Е/л. Иммунограмма: CD<sub>4</sub> абс. — 322 в 1 мкл, ВН ВИЧ — 11 430 коп/мл. ПЦР РНК HCV обнаружен.

Диагноз: ВИЧ-инфекция 4В стадии, прогрессирование на фоне отсутствия АРВТ. Хронический вирусный гепатит С минимальной степени активности.

Сопутствующий диагноз: псориаз распространенный, лентикулярно-бляшечная форма, прогрессирующая стадия, осложненный пустулизацией, недифференцированный тип. Псориатический артрит.

Таким образом, особенностью данного клинического случая явились тяжесть и быстрота развития распространенного псориаза, осложненного пустули-



Рис. 1. Множественные поверхностные эрозии с обрывками эпидермиса, ссохшиеся пустулы. Больной А., 52 года



Рис. 2. Множественные бляшки с пустулами на поверхности. Больной А., 52 года



Рис. 3. Псориатический артрит с поражением коленных суставов. Больной А., 52 года

зацией на фоне ВИЧ-инфекции. Развитие осложнений псориаза является прогностически неблагоприятным. Прогноз у ВИЧ-положительных пациентов сомнительный, имеется склонность к частым рецидивам с неожиданными обострениями и низкой эффективностью лечения. Этот клинический случай наглядно демонстрирует тяжесть течения псориаза у ВИЧ-положительных пациентов, делая проблему изучения клинико-иммунологических особенностей течения псориаза у таких больных актуальной.

#### Клинический случай 2

Пациент Б., 31 год, госпитализирован в СПИД-центр Владивостока с жалобами на высыпания, сопровождаемые незначительным зудом, чувство стянутости кожи. Из анамнеза: с 2007 г. состоит на диспансерном учете в СПИД-центре с диагнозом ВИЧ-инфекции. Получает антиретровирусную терапию с 2007 г. В том же году впервые установлен диагноз хронический вирусный гепатит С. Со слов пациента, летом 2014 г. после длительной инсоляции впервые на открытых участках кожного покрова стали появляться высыпания. Лечился самостоятельно наружными средствами (названия не помнит) — без видимого улучшения. Госпитализирован в кожно-венерологический диспансер, где впервые установлен диагноз поздней кожной порфирии. Выписан в удовлетворительном состоянии. Ухудшение через 3 мес., после злоупотребления алкоголем. Планово госпитализирован в СПИД-центр. При объективном осмотре процесс распространенный, симметричный, не воспалительный, не очаговый, локализирующийся на коже лица, ушных раковин, тыла кистей (в большей степени). Процесс представлен немногочисленными пузырьками с плотной крышкой, серозным содержимым от 0,3 до 0,5—0,6 см в диаметре, множественными серозно-геморрагическими корками, поверхностными эрозиями в стадии эпителизации, атрофическими рубцами, пятнами депигментации в местах разрешившихся высыпаний (рис. 4).

Биохимические пробы печени: аспартатаминотрансфераза 200,7 Е/л, аланинаминотрансфераза 202,8 Е/л, гаммаглутамилтранспептидаза 653 Е/л, билирубин прямой 11,37 ммоль/л. В моче определяется: уропорфирин 190,0 нмоль на 1 г креатинина, копропорфирин 60 мкг на 1 г креатинина. В лучах лампы



Рис. 4. Множественные атрофические рубцы, поверхностные эрозии, корки. Пациент Б., 31 год

Вуда определяется кораллово-красное свечение. Иммунограмма CD<sub>4</sub> абс. — 390 в 1 мкл. ПЦР РНК HCV обнаружен.

Диагноз: ВИЧ-инфекция 4В стадии, фаза ремиссии на фоне АРВТ.

Сопутствующий диагноз: хронический вирусный гепатит С с системными внепеченочными проявлениями. Поздняя кожная порфирия.

Таким образом, данный клинический случай представляет большой интерес в связи с развитием у пациента редкого внепеченочного проявления гепатита С в виде поздней кожной порфирии и сочетания с ВИЧ-инфекцией. Подобное поражение кожи могло быть инициировано как изменением схемы АРВТ, так и злоупотреблением алкоголя на фоне хронического вирусного гепатита.

Лечение сопутствующих заболеваний у ВИЧ-положительных пациентов классическими средствами не всегда показано в связи с их зачастую иммуносупрессивным действием, что демонстрирует проблему сочетания ВИЧ-инфекции с другими заболеваниями как немаловажную в практике врачей всех специальностей. ■

## Литература

1. Svedeniya o meropriyatnyakh po profilaktike VICH-infektsii, gepatitov B i C, vyavleniyu i lecheniyu bol'nykh VICH: Otchet federal'noy sluzhby po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteley i blagopoluchiya cheloveka prioritetnogo natsional'nogo proekta v sfere zdravookhraneniya za 2013 g. SPb 2014; 122. [Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ: Отчет Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения за 2013 г. СПб 2014; 122.]
2. SPID. Statistika v RF 2013 g. Federal'nyy nauchno-metodicheskiy tsentr po profilaktike i bor'be so SPIDom. UR\_ <http://www.hivruussia.ru/stat/index.shtml> (po sostoyaniyu 01.04.2014 g.). [СПИД. Статистика в РФ 2013 г. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. UR\_ <http://www.hivruussia.ru/stat/index.shtml> (po sostoyaniyu 01.04.2014 r.).]

3. Federal'nyy nauchno-metodicheskiy tsentr po profilaktike i bor'be so SPIDom. [Elektronnyy resurs]. Rezhim dostupa — <http://www.hivrus-sia.ru> [Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. [Электронный ресурс]. Режим доступа — <http://www.hivrus-sia.ru>]
4. Rodionov A.N. Dermatovenerologiya. Polnoe rukovodstvo dlya vrachey. SPb: Nauka i tekhnika, 2012, 1200. [Родионов А.Н. Дерматовенерология. Полное руководство для врачей. СПб: Наука и техника, 2012, 1200.]
5. Evropeyskiy plan deystviy po VICH/SPIDu na 2012—2015 gg. / VOZ.— Zheneva, VOZ 2011; 63 URL: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/149281/RC61\\_rInfDoc8.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/149281/RC61_rInfDoc8.pdf). (data obrashcheniya 02.03.2013 g.). [Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012—2015 гг. / ВОЗ.— Женева, ВОЗ 2011; 63 URL: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/149281/RC61\\_rInfDoc8.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/149281/RC61_rInfDoc8.pdf). (дата обращения 02.03.2013 г.)]
6. Belyalov F.I. Lechenie vnutrennikh bolezney v usloviyakh komorbidnosti. Irkutsk: RIO IGIUV 2011; 305. [Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. Иркутск: RIO IGIUV 2011; 305.]
7. Vertkin A.L., Khovasova N.O. Komorbidnost' — novaya patologiya. Tekhnologii ee profilaktiki i lecheniya. Archive of Internal Medicine 2013; (4): 68—72. [Верткин А.Л., Ховасова Н.О. Коморбидность — новая патология. Технологии ее профилактики и лечения. Архив внутренней медицины 2013; (4): 68—72.]
8. Pokrovskiy V.V., Ermak T.N., Belyaeva V.V., Yurin O.G. VICH-infektsiya: klinika, diagnostika i lechenie. Pod obshch. red. V.V. Pokrovskogo. 2-e izd., yub., ispr. i dop. M: GEOTAR-MED, 2013; 488. [Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. Под общ. ред. В.В. Покровского. 2-е изд., юб., испр. и доп. М: ГЭОТАР-МЕД, 2013; 488.]
9. Rubins A. Dermatovenerologiya. Pod red. A.A. Kubanovoy. M: Izd-vo Panfilova 2011, 368. [Рубинс А. Дерматовенерология. Под ред. А.А. Кубановой. М: Изд-во Панфилова 2011, 368.]
10. Karaulov A.V., Bykov S.A., Bykov A.S. Immunologiya, mikrobiologiya i immunopatologiya kozhi. M: Izd-vo BINOM, 2012; 328. [Караулов А.В., Быков С.А., Быков А.С. Иммунология, микробиология и иммунопатология кожи. М: БИНОМ, 2012; 328.]
11. Bartlett Dzh., Gallant Dzh., Farm P. Klinicheskie aspekty VICH-infektsii. 2009—2010. M.R. Valent 2010; 490. [Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фарм П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2009—2010. М: Р. Валент 2010; 490.]
12. Evropeyskoe rukovodstvo po lecheniyu dermatologicheskikh zabollevaniy. Pod. red. F.D. Katsambasa, T.M. Lotti: Per. s angl. M: MEDpress-inform, 2008; 736. [Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний. Под. ред. Ф.Д. Кацамба, Т.М. Лотти: Пер. с англ. М: МЕДпресс-информ, 2008; 736.]
13. Bakston P. Dermatologiya. Per. s angl. M.: BINOM 2005; 176. [Бакстон П. Дерматология. Пер. с англ. М.: БИНОМ 2005; 176.]
14. Onischenko G.G. HIV Infection: a challenge to humanity. HIV Infection and Immunosuppressive Conditions 2009; 1 (1): 5—9. [Онищенко Г.Г. ВИЧ-инфекция — проблема человечества. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия 2009; 1 (1): 5—9.]
15. Virus immunodefitsita cheloveka — meditsina: Rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. N.A. Belyakova i A.G. Rakhmanovoy. SPb: VMOTs, 2010; 749. [Вирус иммунодефицита человека — медицина: Руководство для врачей. Под ред. Н.А. Белякова и А.Г. Рахмановой. СПб: БМОЦ, 2010; 749.]

#### об авторах:

И.А. Кортаева — врач-дерматовенеролог, аспирант кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО ТГМУ, Владивосток  
 Л.Ф. Складар — д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО ТГМУ, Владивосток  
 А.И. Симакова — д.м.н., зав. кафедрой инфекционных болезней ГБОУ ВПО ТГМУ, Владивосток  
 Л.Г. Сингур — к.м.н., зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО ТГМУ, Владивосток  
 А.Ф. Попов — д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО ТГМУ, Владивосток

#### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье