

# Особенности течения болезни Рейтера на фоне иммунодефицита, вызванного ВИЧ-инфекцией

Г.Ю. Ковкова<sup>1</sup>, О.П. Рыбко<sup>1</sup>, И.И. Никишина<sup>2</sup>, Ю.А. Ростовцева<sup>2</sup>, Г.А. Шуклина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России  
625023, Тюмень, ул. Одесская, д. 54

<sup>2</sup> ГБУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер»  
625003, Тюмень, ул. Республики, д. 1

Болезнь Рейтера — заболевание, нередко именуемое уретроокулосиновиальный синдром, которое остается недостаточно изученным.

В возникновении и развитии болезни Рейтера играют роль несколько факторов — инфекционный, генетический, иммунный. Приведено описание клинического случая тяжелого течения болезни Рейтера у молодой женщины, возникшей на фоне иммунодефицита, вызванного ВИЧ-инфекцией. Клиническая картина характеризовалась наличием у больной распространенных рупиоидных высыпаний, что говорит о тяжести течения заболевания.

**Заключение.** Течение болезни Рейтера на фоне иммунодефицита, вызванного ВИЧ-инфекцией, приобретает более злокачественный характер с развитием эрозивных, язвенных элементов и остеолитических суставных деструкций и сопровождается обострением оппортунистических инфекций.

Ключевые слова: **болезнь Рейтера, иммунодефицит, артрит, конъюнктивит, уретрит, *C. trachomatis*, ВИЧ-инфекция.**

Контактная информация: ribka.olga@bk.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2014; (2): 55—59.

# Characteristics of the course of the Reiter's syndrome in case of HIV-mediated immunodeficiency

G.Yu. Kovkova<sup>1</sup>, O.P. Rybko<sup>1</sup>, I.I. Nikishina<sup>2</sup>, Yu.A. Rostovtseva<sup>2</sup>, G.A. Shuklina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Federal State — Funded Educational Institution of Higher Professional Education «Tyumen State Medical Academy» of The Ministry of Healthcare of the Russian Federation  
Odeskaya str., 54, Tyumen, 625023, Russia

<sup>2</sup> State-Financed Health Institution of Tyumen region «Regional Dermatovenereologic Dispensary»  
Respublic str., 1, Tyumen, 625003, Russia

The Reiter's syndrome is an under-investigated disease, which is often referred to as Waelsch urethritis.

The onset and development of the Reiter's syndrome depend on a number of factors including infective, genetic and immune ones. The article describes a medical case of a severe form of the Reiter's syndrome in a young woman with HIV-mediated immunodeficiency. The clinical picture was characterized by rupioid eruptions, which confirms the severity of the patient's disease.

**Conclusion.** The Reiter's syndrome in case of HIV-mediated immunodeficiency takes a more malignant course as erosive and ulcerous components as well as osteolytic joint destructions develop, and the condition is accompanied by exacerbations of opportunistic infections.

Key words: **Reiter's syndrome, immunodeficiency, arthritis, conjunctivitis, urethritis, *C. trachomatis*, HIV infection.**

Corresponding author: ribka.olga@bk.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2014; 2: 55—59.

■ Болезнь Рейтера — заболевание из группы серонегативных спондилоартропатий, характеризующееся патогномоничной триадой клинических признаков — артрит, уретрит, конъюнктивит, возникающее на фоне мочеполовой или кишечной инфекции, чаще у генетически предрасположенных лиц (HLA-B27), и сочетающееся с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов и систем. В возникновении и развитии болезни Рейтера играют роль несколько факторов — инфекционный, генетический, иммунный. Этиологическим фактором служат «артрогенные» грамотрицательные возбудители кишечных инфекций — *S. enteritidis*, *S. typhimurium*, *S. Heidelberg*, *S. muenchen*, *Sh. flexneri* (тип Ib и Ia), *S. dysenteriae*, *Y. enterocolitica*, *Y. pseudotuberculosis*, *Campylobacter fetus*, *Clostridium difficile*, а также возбудители мочеполовой сферы *C. trachomatis*, *U. urealyticum* [1]. В настоящее время болезнь Рейтера рассматривается как аутоиммунное заболевание, в котором роль пускового агента играют *C. trachomatis* [2].

Мы представляем клинический случай болезни Рейтера с выраженными кожными проявлениями на фоне течения ВИЧ-инфекции.

Пациентка Б., 24 года, астенического телосложения, масса 45 кг, без постоянного места жительства, ведущая асоциальный образ жизни, поступила с жалобами на высыпания в виде корок на коже, поражение ногтевых пластин, боли в суставах. Считает себя больной 1,5 мес. Первые высыпания появились на нижних конечностях. Самостоятельно не лечилась, 12.11.2012 поступила на стационарное лечение в кожное отделение ОКВД с диагнозом распространенной пиодермии.

Из анамнеза: не замужем, половой партнер постоянный, половая связь в течение 2 лет. Последний половой контакт 1,5 мес. назад, другие половые контакты отрицает.

*Status localis*: патологический процесс носит распространенный характер, поражена кожа стоп, голеней, бедер, живота, предплечий, области локтевых суставов, красной каймы губ. Процесс представлен бляшками диаметром до 5 см, склонными к слиянию и покрытыми грубыми слоистыми серо-коричневыми корками в виде ракушек, при снятии которых обнажается эрозированная поверхность. На коже бедер, области лобка, промежности — сливная эритема, выраженная отечность, бляшки с наслоением пластами чешуйко-корок. На коже подошв множественные бурые пятна. Кожа околоногтевых валиков отечна, гиперемирована, с серовато-желтыми чешуйко-корками. Ногтевые пластины грязно-желтого цвета, утолщены за счет подногтевого гиперкератоза, отслаиваются от ногтевого ложа (рис. 1).

Красная кайма губ ярко гиперемирована, в углах рта линейные трещины с серозно-геморрагическими корками. На слизистой языка «географический рисунок», складчатость.



Рис. 1. Поражение кожи конечностей пациентки с болезнью Рейтера на фоне иммунодефицита, связанного с ВИЧ-инфекцией

Гинекологическое обследование: наружные половые органы сформированы правильно. Большие и малые половые губы резко отечны, ярко гиперемированы, слизистая влагалища имеет «зернистую» поверхность. Задняя спайка надорвана, кровоточит. Выделения из влагалища обильные, гнойно-геморрагические. На спайках больших половых губ, слизистой правой половой губы, преддверия влагалища до 1 см несколько эрозий округлой формы с налетом фибрина. Лимфоузлы паховые увеличены до 3 см в диаметре, болезненны при пальпации (рис. 2).

Общеклинические анализы крови выявили гипохромную анемию, увеличение СОЭ и лейкоцитоз.

Результаты исследования крови экспресс-методом на сифилис от 13.11.2012 отрицательные, результаты исследования соскоба со слизистой уретры, цервикального канала, заднего свода влагалища методом реакции прямой иммунофлюоресценции на предмет выявления к *Ch. trachomatis* от 13.11.2012 положительные.

Исследование крови методом иммуноферментного анализа (обнаружение антител к *Ch. trachomatis*) от 13.11.2012: Ig A не обнаружены, Ig G обнаружены, 1:5, оптическая плотность 0,367/0,290.

Определение ДНК *Ch. trachomatis* методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в соскобе с цервикального канала, уретры, заднего свода влагалища от 13.11.2012: ДНК *Ch. trachomatis* обнаружена.

Бактериологический метод исследования соскоба из цервикального канала, уретры, заднего свода влагалища на *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* от 13.11.2012: рост не выявлен.

Микроскопическое исследование отделяемого с заднего свода влагалища на *Trichomonas vagi-*



Рис. 2. Поражение кожи гениталий

*nalis* (окрашивание мазка метиленовым синим) от 13.11.2012: обнаружены *T. vaginalis*.

19.11.12 больная была проконсультирована в «ЦПБСиИЗ», сделана иммунограмма: CD4 — 252, CD8 — 488, CD4/CD8 0,52. РНК на ВИЧ методом ПЦР от 21.11.2012: обнаружена концентрация ВИЧ  $2,14 \times 10^5$  копий/мл, поставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, 4а стадия, фаза прогрессирования. Соотношение CD4+/CD8+ менее 0,5—1 свидетельствует о развитии иммунодефицита.

Рекомендована явка после выписки в СПИД-центр для проведения антиретровирусной терапии.

В плане дальнейшего ведения пациентки — обследование и лечение у ревматолога.

Исследование мазка-соскоба из уретры, цервикального канала, заднего свода влагалища методом непрямой реакции иммунофлюоресценции на *Virus herpes 1*, 2-го типов от 26.11.2012: обнаружен *Virus herpes 1*, 2-го типов.

Микроскопическое исследование соскоба на мицелий с ногтевых пластин от 13.11.2012: обнаружен псевдомицелий.

Проведено лечение.

Инфузионная терапия — раствор натрия тиосульфата 30% — 10,0, внутривенно, № 10; физиологический раствор 400,0 с дексаметазоном 2,0 (8 мг) внутривенно капельно № 5; физиологический раствор 200,0 с аскорбиновой кислотой 5% — 4,0 внутривенно капельно № 5.

Антибиотикотерапия: доксициклина гидрохлорид 0,1 по 1 капсуле 2 раза в день, 21 день; раствор метронидазола 100,0 2 раза в день, внутривенно капельно № 6.

Нестероидные противовоспалительные средства: диклофенак 100 мг 1 раз в день, 10 дней.

Противовирусный препарат ацикловир 400 мг 2 таблетки 5 раз в день, 7 дней.

Противогрибковый препарат интраконазол 100 мг 2 раза в день, 21 день.

Местное лечение:

1) ванночка для наружных половых органов с перманганатом калия однократно;

2) на кожу голеней, бедер тетрациклиновая мазь с 2% салициловой мазью под повязку 1 раз в день, 10 дней;

3) на область лобка тетрациклиновая мазь 1 раз в день, под повязку, 10 дней;

4) на ногтевые пластины кистей, стоп 5% раствор йода. На околоногтевые валики крем клотримазол, 2 раза в день, 21 день.

Диагноз: ВИЧ-инфекция, 4а стадия, фаза прогрессирования. Болезнь Рейтера, острое течение, средней степени тяжести. Урогенитальный хламидиоз. Урогенитальный трихомониаз. Урогенитальный герпес, обострение. Кандидозный онихомикоз, паронихии. Гипохромная анемия легкой степени тяжести.

В течении кожного процесса наметилась положительная динамика, на месте регрессировавших оча-

гов отмечаются вторичные цианотично-буроватые пятна (рис. 3).

Пациентка Б. была выписана на амбулаторное до- лечение к микологу в ОКВД с контрольной явкой через 4 нед. на КЛК для сдачи контрольных мазков. Рекомендованы консультация и дальнейшее наблюдение специалистов в «ЦПБСиИЗ», консультация и ле- чение у ревматолога.

### Обсуждение

Согласно многочисленным клиническим наблюде- ниям, развитию болезни Рейтера предшествует уроге- нитальная инфекция. При этом роль *S. trachomatis* как основного этиологического фактора при болезни Рей- тера не вызывает сомнений. Довольно часто болезнь Рейтера встречается у ВИЧ-инфицированных, а также может предшествовать развитию СПИДа. Болеют пре- имущественно молодые мужчины сексуально активно- го возраста (25—35 лет). Соотношение между женщи- нами и мужчинами 1:20 — 1:100 [3]. Сведения о ред- кости заболевания у женщин подтверждаются эпиде- миологическими данными многих авторов о наличии у половых партнерш мужчин с болезнью Рейтера, как правило, неспецифического воспаления мочеполовых органов и крайне редко классической триады или не- полной формы. В случаях болезни Рейтера у женщин выявляется эндоцервицит и уретрит хламидийной эти- ологии, иногда аднексит, которые, вероятно, являются первичным очагом инфекции с последующей сенсibili- зацией организма.

Классическая клиническая картина складывается из трех ведущих симптомов: уретрита, конъюнктивита и артрита. Первым манифестирует уретрит, со- провождающийся дизурическими расстройствами, скудным слизистым отделяемым, ощущениями дис- комфорта и гиперемией в области наружной уретры. Вслед за уретритом при болезни Рейтера развивается глазная симптоматика, чаще в виде конъюнктивита, реже — ирита, увеита. Определяющим признаком бо- лезни Рейтера является реактивный артрит, который дебютирует спустя 1—1,5 мес. после урогенитальной инфекции. В порядке убывания страдают следующие суставы: коленный, голеностопный, плюснефаланго- вый, пальцев стоп, тазобедренный, плечевой, локте- вой. У 20% больных наблюдаются различные энтезо- патии — ахиллова сухожилия и плантарной фасции, приводя к нарушениям ходьбы [4].

При поражении суставов пальцев стоп часто можно видеть так называемую «осевую» локализа- цию, т. е. поражение всех суставов одного пальца, что сопровождается диффузным равномерным при- пуханием мягких тканей и придает пальцу вид «со- сиски» [3]. Возможно поражение кожных покровов и слизистых, которое протекает по типу псориази- формных высыпаний и кератодермий, а также сер- дечно-сосудистой, нервной систем и почек. На раз-



Рис. 3. Клиническая картина в динамике

личных участках кожного покрова появляются красные папулы, эритематозные пятна, рупиоидные высыпания, очаги кератодермии, участки с шелушением и трещинами, преимущественно на ладонях и стопах. Рупия (rupia; от латинского «rupes» — скала или от греческого «rhypos» — грязь, нечистоты) — многослойная кровянисто-гнояная массивная устрицеподобная корка, покрывающая язву [5]. Формирование рупий обычно свидетельствует о весьма инвазивном, неблагоприятном, «злокачественном» течении заболевания, при котором местное развитие патологического процесса проявляется прерывистым периферическим ростом язвы вместе с коркой, за счет чего и формируется концентрическое образование, напоминающее раковину устрицы [6]. При вовлечении в патологический процесс слизистой оболочки полости рта она покрыта многочисленными пятнами, везикулами, пузырями, характерны язвен-

ные изменения слизистой рта (глоссит, стоматит) и полового члена (баланит, баланопостит).

В диагностике синдрома Рейтера принимаются во внимание анамнестические сведения (связь заболевания с урогенитальной инфекцией); наличие симптомов конъюнктивита, реактивного артрита, кожных проявлений; лабораторное подтверждение наличия возбудителя в эпителиальных соскобах.

### Заключение

Данный клинический случай возникновения болезни Рейтера у молодой женщины на фоне иммунодефицита подтверждает, что при наличии ВИЧ-инфекции течение кожного процесса приобретает злокачественный, атипичный характер с развитием эрозивных, язвенных элементов и остеолитических суставных деструкций и ведет к генерализации процесса и обострению оппортунистических инфекций. ■

## Литература

1. Rothe M.J., Kerdel F.A. Reiter disease. In: Demis D.I., ed Clinical Dermatology. 24 revision 1997; 1—5: 1—13.
2. Молочков В.А. Урогенитальный хламидиоз. М: БИНОМ 2006; 208. [Molochkov V.A. Urogenital Chlamydial Infection. Moscow, BINOM Publ., 2006. 208.]
3. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Т. 1. Под ред. Ю.К. Скрипкина. М: Медицина 2010; 710. [Skin and Venereal Diseases. Manual for Doctors. V. 1. Ed. Ju.K. Skripkin. Moscow, Medicina Publ 2010. 710.]
4. Дерматовенерология [под ред. А.А. Кубановой]. М.: ДЭК-ПРЕСС, Д36 2010; 421. [Dermatovenerology. Ed. Kubanova A.A.; Moscow, DEKS-PRESS Publ., D.36 2010. 421.]
5. Машкиллейсон Л.Н. Частная дерматология. М: Медицина 1965; 520. [Mashkilleyson L.N. Dermatology. Moscow, Medecin Publ 1965; 520.]
6. Глухенький Б.Т., Делекторский В.В., Федоровская Р.Ф. Гнойничковые болезни кожи. Киев 1983; 90—91. [Gluhenkiy B.T., Delektorskiy V.V., Fedorovskaya R.F. Pyodermitis cutis. Kiev 1983; 90—91.]

### об авторах:

Г.Ю. Ковкова — к.м.н., ассистент кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России  
 О.П. Рыбко — врач-ординатор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России  
 И.И. Никишина — врач-дерматовенеролог, ГБУЗ ТО ОКВД, Тюмень  
 Ю.А. Ростовцева — врач-дерматовенеролог, ГБУЗ ТО ОКВД, Тюмень  
 Г.А. Шуклина — врач-дерматовенеролог, ГБУЗ ТО ОКВД, Тюмень

### Конфликт интересов

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