



Клинические особенности поражений кожи у детей на фоне

ВИЧ/СПИД-инфекции

Дащук А.М., Куцевляк Л.О., Дащук А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Контактное лицо: Дащук Андрей Михайлович, тел. +38 (057) 700-41-33

e-mail kafedraderma@i.ua

Резюме. В статье приводится сообщение о наблюдении за 8 больными детьми с поражением кожи на фоне ВИЧ-инфекции. Описаны особенности течения, клиники и лечения поражения кожи у таких больных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, поражение кожи, простой герпес, кандидоз, лечение ВИЧ-инфекции.

В мире на конец 2010 г. было официально зарегистрировано 3,3 млн ВИЧ-инфицированных детей до 15 лет, а на начало 2017 г официально зарегистрировано 2,1 млн ВИЧ-инфицированных детей до 15 лет. Только на протяжении 2015 года было выявлено новых случаев ВИЧ-инфекции у детей в возрасте 0-14лет – 150 000.

В странах Западной Европы и США доминирует (70-90%) перинатальное инфицирование детей ВИЧ, лишь в 11-17% заражение происходит при гемотрансфузиях. В развивающихся странах перинатальное инфицирование является ведущим.

Во всех странах увеличилось количество больных ВИЧ-инфекцией детей, и эта тенденция, видимо, сохранится и в дальнейшем. Проблема педиатрического ВИЧ/СПИДа для нашей страны не менее актуальна, чем для других стран.

В Украине за весь период с 1987 г по ноябрь 2016 г. было зарегистрировано 48 357 ребенка, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Только за 11 месяцев 2017 года ВИЧ-инфекция была выявлена у 2 158 детей, умерло от СПИДа 32 ребенка [1].

В США частота передачи ВИЧ от больной матери к ребенку при первой беременности (до внедрения профилактики ретровирусными препаратами) колебалась от 25% до 30%, выше в Кении (45%) и несколько меньше в Европе (12,9%). Риск инфицирования ребенка возрастает до 50-60% при последующих беременностях. В последнее время, благодаря разработанной методике лекарственной профилактики внутриутробного инфицирования, количество рождающихся ВИЧ-инфицированных детей сократилось до 6-8%. Без профилактического лечения перинатальный СПИД на первом году жизни диагностируется в 14% случаев, в 11-12% диагноз СПИД устанавливается в каждый последующий год, a к 4-му году жизни у половины инфицированных детей устанавливается терминальная стадия СПИДа. Таким образом в результате перинатального заражения большая часть ВИЧ-инфицированных детей умирает, не дожив до 5 лет.

**Цель работы**. Изучить клинические особенности поражения кожи у детей с ВИЧ-инфекцией

**Материалы и методы**. Под нашим наблюдением находилось 8 детей от5 до 8 лет с поражением кожи на фоне ВИЧ/СПИД-инфекции.

**Результаты и обсуждение.**

У 4 наблюдавшихся детей был отмечен кандидоз, у 4 – ВПГ. Манифестация суперинфекций у детей также имеет свои особенности. На первом году инфекционного процесса на фоне рецидивирующих бактериальных инфекций основное значение в структуре оппортунистических инфекций приобретают заболевания герпесвирусной этиологии и грибковые заболевания, вызванные Candida. Определяющую роль играют заболевания герпес-вирусной группы. В общей структуре всех суперинфекций у больных ВИЧ/СПИДом детей заболевания герпес-вирусной группы составили 60%. Из них 22,9% составили заболевания, вызванные вирусом простого герпеса, 8,15% приходится на заболевания, связанные с вирусом Varicella zoster, 23,7% составила СМV-инфекция. 5,5% приходится на долю лимфоидной интерстициальной пневмонии, вызванной вирусом Эпштейн-Барр.

По данным Козырева О.А. [3], который в течение 8 лет вел наблюдение за ВИЧ-инфицированными детьми, герпетические поражения на первом году ВИЧ-инфицирования были у 20% детей, на втором - у 12%, на третьем - у 3,3%. Причем почти у половины детей HSV-инфекция (48%) манифестировала на первом году болезни. Острые формы герпетической инфекции по мере прогрессирования болезни встречаются все реже, уступая место хроническим видам патологии. Простой герпес приобретает характер хронической рецидивирующей инфекции, проявляющейся пузырьковыми высыпаниями на коже и слизистых оболочках, с последующим образованием длительно не заживающих язвенных поражений. У основной части детей (76%), имеющих клинику хронической герпетической инфекции, она сформировалась в первые 2 года после инфицирования.

У 2 наблюдавшихся детей выявлен рецидивирующий герпес с локализацией в области полости рта. У 2 детей – хронический язвенный герпес. У ВИЧ-инфицированных больных инфекция, обусловленная вирусом простого гepпеса, протекает в виде следующих клинических форм:

* рецидивирующий герпес (с частой локализацией в полости рта, на гениталиях и перианальной области);
* хронический язвенный герпес (с частой локализацией в полости рта, на гениталиях и перианальной области);
* герпетический панариций;
* герпетический стоматит и гингивит;
* герпетический фарингит;
* герпетический эзофагит;
* герпетический проктит;
* диссеминированный герпес (при выраженном иммунодефиците).

Хронический язвенный герпес может быть обусловлен появлением устойчивых штаммов вируса простого герпеса. Если язва не заживает или продолжает увеличиваться на фоне лечения ацикловиром (в/в или внутрь), значит возбудитель устойчив к ацикловиру. Такие язвы достигают в размерах 20-50 см и чрезвычайно болезненны [2].

Диссеминированная форма характеризуется диссеминированными высыпаниями в виде везикул и пустул, часто с геморрагическим компонентом, окруженные ободком гиперемии. Отсутствует характерное герпетиформное расположение элементов. Высыпания распространяются на всю кожу и слизистые. Везикулы и пустулы быстро вскрываются, образуя эрозии с отвесными краями. Возможны некрозы кожи с последующим изъязвлением. Язвы нередко сливаются в обширные полициклические очаги со слегка приподнятыми, валикообразными краями.

Одной из ранних суперинфекций является цитомегаловирусное поражение. Но в отличие от HSV интенсивность нарастания CMV-инфекции у детей относительно равномерна. Острые клинически выраженные формы CMV-инфекции, как и HSV, приходятся на первые 2 года болезни. К характерной для детской ВИЧ-инфекционной патологии относится паротит CMV-этиологии.

Наряду с заболеваниями вирусной этиологии, у больных ВИЧ-инфекцией детей частой суперинфекцией являются микозы. В общей структуре всех суперинфекций они составляют 25%. Ведущую роль играет инфекция, вызванная Candida albicans, в том числе кандидозные поражения желудочно-кишечного тракта (18,3%); распространенные формы кандидоза, протекающего с поражением мочеполовой системы, кожных покровов и др. органов - 5,5%.

На первом году ВИЧ-инфекции у каждого пятого (22%) описаны клинические и лабораторные прояв­ления кандидоза, на 2-5-м - почти столько же. На первом году заболевания среди детей с кандидозом у половины больных развивался хронический кожно-слизистый кандидоз, на втором году - у 1/3. Фактически все случаи хронического поражения кожи и слизистых у ВИЧ-инфицированных детей впервые проявлялись, как острые формы, на 1-3-м году с момента инфицирования.

У детей, в отличие от взрослых, редко встречается суперинфекция, вызванная плесневыми грибами и криптококками. По данным Козырева О.А. [2,3] за 8 лет наблюдения за ВИЧ-инфицированными детьми у одного ребенка был диагностирован криптококковый менингит, который развился на 4-м году.

Кандидоз слизистой полости рта у наблюдаемых детей начинался с появления на фоне гиперемии белого крошковатого налета, напоминающую манную крупу. Постепенно образуется сплошная белая пленка, которая сна­чала легко снимается, а затем уплотняется, приобретая грязно-серый или желтоватнй цвет, и прочно удерживается на поверхности слизистой оболочки; после удаления этой пленки остается кровоточащая эрозия. Дети предъявляют жалобы на сухость во рту, ощущение жжения, боли в сосочках языка, чувство стягивания слизистой губ. Чаще всего поражался язык, но у 2 детей процесс распространился на все участки слизистой полости рта (кандидозный стоматит). У 2 детей развивался кандидоз углов рта (кандидозная заеда), представляющего собой эрозию, окруженную "воротничком" набухшего рогового слоя. В глубине складки обычно возникает трещина. Поражение углов рта нередко сочетается с кандидозным хейлитом и стоматитом. Кандидозный хейлит ( у 2 больных) характеризуется краснотой, отеком различной степени, шелушением в области красной каймы губ. Кожа была истончена, радиарно исчерчена бороздками, имеет серозно-синеватый вид.

У 4 наблюдавшихся детей больных ВИЧ-инфекцией регистрировался кандидоз крупных складок тела (дрожжевая опрелость), Заболевание начиналось с появления мелких, величиной с булавочную головку, поверхностных пузырьков, заполненных серозно-гнойным содержимым, после вскрытия которых образуются эрозии, быстро распространяющиеся по периферии и сливающиеся между собой. В стадии полного развития кандидоза на соприкасающихся поверхностях кожи были видны обширные эрозии полициклических очертаний, резко отгра­ниченные от окружающей здоровой кожи и окаймленные воротничком набухшего рогового слоя. Поверхность эрозии вишнево-коричневого цвета, умеренно влажная. В глубине складки возникают болезненные трещины и скопления белой кашицеобразной массы. Вокруг солидного очага наблюдаются свежие пузырьки и пустулы. При локализации процесса в перианальной складке детей беспокоит сильный зуд, возможно появление чрезвычайно болезненных язв.

У 2 детей наблюдались дрожжевые поражения околоногтевого валика и ногтей (паронихии и онихии), начинающиеся с покраснения и отечности ногтевого валика, образуются трещины, выделяется гной. Возникали корочки, эрозии. На ногтевой пластинке появляются борозды и возвышения, а в толще ее буровато-коричневые участки. Ноготь при этом теряет блеск и начинает отделяться от ложа. Поражения склонны к хронизации с последующим развитием дистрофических изменений ногтевой пластинки.

Исход ВИЧ-инфекции у детей.

Большое значение имеет возраст ребенка в момент инфицирования как прогностический признак тяжести развития ВИЧ-инфекции детей.

По данным Козырева О.А. [4] умершие дети, инфицированные в возрасте до 4 лет, составили 85,7%. Эти дети погибли в течение 3 лет. В группе детей, инфицированных в возрасте 1-3 лет, летальность составила 40%. Среди зараженных в возрасте 4-6 лет за 8 лет болезни умерли 20%, а в группе детей, инфицированных в возрасте 7-14 лет - 30%. Всего из 59 ВИЧ-инфицированных детей через 8 лет наблюдения в живых остались 31 человек. В большинстве случаев инфицирование ВИЧ довольно быстро приводило к развертыванию клинической картины и быстрому прогрессированию болезни, особенно у младших детей. Однако наблюдались случаи медленного прогрессирования, когда длительное время у ребенка заболевание не диагностировалось и протекало торпидно без какого-либо специфического лечения.

Выводы. Проблема педиатрического СПИДа - проблема всего общества. Пока не будет прекращена возможность инфицирования детей по вине родителей или органов здравоохранения, общество не может считать себя по настоящему гуманным и достигнуть истинного благополучия.

Профилактика ВИЧ-инфекции у детей должна включать в себя предупреждение перинатального инфицирования, возможности заражения вo внутрибольничных условиях, при переливании крови и кровепродуктов, борьбу с наркоманией и сексуальной распущенностью тинейджеров.

Литература:

1. Дащук А.М. ВИЧ/СПИД-инфекция /А.М.Дащук, Л.И.Черникова// Х.: «Водный спектр». – 2017. – 254с.

2. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т./Клаус Вульф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И.Кац и др; пер.с англ; общ ред. акад. А.А.Кубановой.–М.–2012.

3. Козырев А.О. Особенности педиатрической ВИЧ\_инфекции // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. СПб 1998. С.22-23.

4. Козырев А.О., Змушко Е.И., Белозеров Е.С. Особенности клиники ВИЧ-инфекции у детей при внутриутробном заражении// Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. – СПб., 1998. – С.90