

Научная статья

УДК 616.5-007.61

Гранулематозная форма розацеа у пациента на фоне сифилиса и ВИЧ-инфекции

Диана Ильинична Титова¹, Наталья Викторовна Савченко²,
Кристина Игоревна Николаева³, Марина Анатольевна Уфимцева⁴✉,
Николай Львович Струин⁵

^{1–5} Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

^{3,5} Свердловский областной кожно-венерологический диспансер,
Екатеринбург, Россия

✉ mail-m@mail.ru

Аннотация. Розацеа — хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папуло-пустулезных элементов. Цель исследования — демонстрация клинического случая гранулематозной розацеа, протекающей на фоне сифилиса и ВИЧ-инфекции. Представлен клинический случай гранулематозной формы розацеа, протекающей на фоне раннего скрытого сифилиса и впервые выявленной ВИЧ-инфекции. Кожный процесс носит ограниченный симметричный характер, локализуется на всей поверхности лица за исключением периорбитальных областей. Представлен мономорфными сливающимися коричневыми и красными папулами и пустулами до 0,5 см в диаметре на фоне эритемы и умеренного отека. На нижней губе слева локализуется эрозия с нечеткими границами в стадии эпителизации, плотный инфильтрат в основании не пальпируется. Дисфункция иммунной системы может способствовать развитию хронического воспаления и сосудистых нарушений при розацеа. Обнаружена связь между заражением демодексом и розацеа. Также дефектный клеточный иммунитет, вызванный ВИЧ-инфекцией может играть важную роль в патогенезе злокачественного сифилиса. Длительно текущие, резистентные к лечению дерматозы требуют обследования пациента на сифилис и ВИЧ-инфекцию. Присутствие ВИЧ в крови способствует клиническому проявлению демодекоза, который может приводить к упорному течению гранулематозной формы розацеа.

Ключевые слова: гранулематозная розацеа, ВИЧ-инфекция, ранний скрытый сифилис

Для цитирования: Гранулематозная форма розацеа у пациента на фоне сифилиса и ВИЧ-инфекции / Д. И. Титова, Н. В. Савченко, К. И. Николаева [и др.] // Вестник УГМУ. 2022. № 3–4. С. 48–56.

Original article

Granulomatous Form of Rosacea in a Patient with Syphilis and HIV Infection

Diana I. Titova¹, Natalya V. Savchenko², Kristina I. Nikolaeva³,
Marina A. Ufimtseva^{4✉}, Nikolai L. Struin⁵

^{1–5} Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia

^{3,5} Sverdlovsk Regional Skin and Venereological Dispensary, Ekaterinburg, Russia

✉ mail-m@mail.ru

Abstract. Rosacea is a chronic inflammatory dermatosis characterized by erythema and papulopustular elements on the face. The aim of the study is to demonstrate a clinical case of granulomatous rosacea with syphilis and HIV infection. We present a clinical case of granulomatous rosacea against the background of early latent syphilis and newly diagnosed HIV infection. The skin process has a limited symmetric character, localized on the whole surface of the face except for the periorbital areas. It is represented by monomorphic confluent brown and red papules and pustules up to 0.5 cm in diameter on a background of erythema and moderate edema. On the lower lip on the left side there is an erosion in the stage of epithelization. Immune system dysfunction may contribute to chronic inflammation and vascular abnormalities in rosacea. An association between demodex infection and rosacea has been found. Also, defective cellular immunity caused by HIV infection may play an important role in the pathogenesis of malignant syphilis. Long-standing, treatment-resistant dermatoses require testing of the patient for syphilis and HIV infection. The presence of HIV in the blood contributes to the clinical manifestation of demodecosis, which can lead to a persistent granulomatous form of rosacea.

Keywords: granulomatous rosacea, HIV infection, lues latent praecox

For citation: Titova DI, Savchenko NV, Nikolaeva KI, Ufimtseva MA, Struin NL. Granulomatous form of rosacea in a patient with syphilis and HIV infection. *Bulletin of USMU*. 2022; (3–4):48–56. Russian.

Введение. Розацеа — хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папуло-пустулезных элементов. Метаанализ популяционных исследований в Европе, Северной Америке, Азии, Африке и Южной Америке выявил распространенность среди взрослого населения в 5%. Розацеа в основном встречается у взрослых старше 30 лет — чаще у женщин, чем у мужчин [1]. Гранулематозная форма розацеа выделена как отдельный вариант розацеа в связи с уникальной клинической и гистологической картиной, при которой захватываются не только выступающие зоны лица, но и периоральная зона [2]. Согласно официальной ста-

тистике, в 2018 г. в России сифилисом заразились 24,5 тыс. человек. В 2021 г. люди стали заражаться сифилисом чаще в 3,2 раза. Вторичный сифилис может проявляться на коже в различных вариантах: возможно возникновение акнеiformных сифилидов, папулезно-пустулезных элементов, розацеоподобного сифилиса, угревидных и гуммозных сифилидов. Уметь распознать клинические проявления сифилиса — профессиональная обязанность врача любой специальности, также большую значимость имеет дифференциальная диагностика кожных проявлений сифилиса [3; 4]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2020 г. в мире насчитывалось 37,7 млн человек (примерно 0,7 % населения мира), живущих с ВИЧ, включая 1,5 млн новых случаев. В 2020 г. в России зафиксировано чуть меньше 1 млн новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Рост заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в последние годы говорит о строгой необходимости обследования пациентов на венерические заболевания, особенно при возникновении дерматозов, плохо поддающихся терапии, имеющих тяжелое течение или атипичные проявления.

Цель исследования — демонстрация и собственное наблюдение клинического случая гранулематозной розацеа, протекающей на фоне сифилиса и ВИЧ-инфекции, что указывает на важность обследования пациентов на инфекции, передаваемые половым путем, при резистентных к терапии формах дерматозов.

Материалы и методы. Представлен клинический случай гранулематозной формы розацеа, протекающей на фоне раннего скрытого сифилиса и впервые выявленной ВИЧ-инфекции. Проведены комплекс лабораторных исследований для выявления сифилиса (микропреципитация крови, реакция пассивной гемагглютинации, иммуноферментный анализ), серологическое исследование на ВИЧ-инфекцию, микроскопия соскоба кожи на предмет обнаружения клеща рода *Demodex*. Пациентке проводилась симптоматическая и патогенетическая терапия. От пациентки Г. получено информированное согласие на публикацию клинического случая и фотоматериалов.

Результаты

Пациентка Г., 37 лет

- Направлена из городской клинической больницы на консультацию в кожно-венерологический диспансер. На приеме дерматовенеролога 19 февраля 2022 г. предъявила жалобы на высыпания на лице, сопровождающиеся зудом и болезненностью.
- Anamnesis morbi — кожный процесс беспокоит в течение 1,5 лет, отмечает ухудшение на фоне алкогольной интоксикации. В лечении самостоятельно использовала серную мазь с незначительным эффектом.
- Anamnesis vitae — безработная, проживает в садовом некоммерческом товариществе с сожителем. В 2005 г. перенесла Lues (сифилис), со слов пациентки лечение получила в полном объеме в Тюмени. Отмечает хроническую алкогольную интоксикацию. Половая жизнь с 18 лет.

Имеет постоянного полового партнера в течение 1,5 лет — гражданин П., 38 лет, сожитель, официально не трудоустроен, не обследован, половые связи незащищенные, со слов пациентки Г., венерические заболевания в анамнезе отрицает. Другие половые контакты отрицает.

- Аллергоанамнез не отягощен — прием антибактериальных препаратов в течение более двух лет отрицает.
- Акушерско-гинекологический анамнез — начало менструации в 15 лет, регулярный менструальный цикл установился к 18 годам. Длительность кровотечения — 5—6 дней, обильное, периодически сопровождается болью, не регулярное. Количество беременностей — 3, медицинские аборт — 1, роды — 2 в срок в 2003 г. Осложнений при беременностях не отмечается.
- Status specialis — кожный процесс носит ограниченный симметричный характер, локализуется на всей поверхности лица за исключением периорбитальных областей. Представлен монотипными сливающимися коричневыми и красными папулами и пустулами до 0,5 см в диаметре на фоне эритемы и умеренного отека. В центральной части лица локализуются видимые телеангиоэктазии, увеличенные кожные кровеносные сосуды. Отмечается сухость кожи, проявляющаяся в виде шероховатости и шелушения по всей поверхности лица, признаки фиматозного процесса. Кожа в периорбитальной области и конъюнктива глаз свободна от высыпаний. На нижней губе слева локализуется эрозия с нечеткими границами в стадии эпителизации, плотный инфильтрат в основании не пальпируется Лимфатические узлы не изменены, безболезненны, не спаяны с кожей (рис. 1).



Рис. 1. Патологический кожный процесс в области лица

Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, брюшная стенка при пальпации безболезненна, паховые лимфоузлы безболезненны. Слизистая наружных половых органов чистая, бледно-розовой окраски, морфологических элементов на слизистых наружных половых органах не выявлено. Слизистая влагалища чистая, шейка матки конической формы, обычного размера, морфологических элементов на влагалищной части шейки матки не выявлено. Кожа ладоней и подошв без патологических изменений. Область слизистой оболочки глаз, конъюнктивы, век, ресничного края не поражены.

- В целях определения дальнейшей тактики была проведена лабораторная диагностика: микроскопическое исследование соскоба от 19 января — лица *Demodex* 5 экз., ресниц 1 экз., темнопольная микроскопия мазка с эрозии на нижней губе от 19 января — *Treponema pallidum* не обнаружена.
- Выставлен диагноз — розацеа, гранулематозная форма, тяжелое течение. Демодекоз лица. Назначено лечение, включающее особенности режима:
 - исключить травматизацию и контакт с раздражающими кожу средствами, исключить алкоголь;
 - системно назначен доксициклин 0,1 по 1 таблетке 2 раза в сутки, 14 дней;
 - левоцетиризин 0,005, по 1 таблетке, 1 раз в сутки, 14 дней;
 - хлоропирамин 0,25, по 1 таблетке 1 раз в сутки, на ночь, 7 дней;
 - метронидазол, гель, 2 раза в сутки на чистую сухую кожу, 1 месяц;
 - солнцезащитные средства.
- На повторном приеме 7 февраля 2022 г. отмечается улучшение кожного процесса — разряжение высыпаний, уменьшение интенсивности эритемы, разрешение эрозии на нижней губе без вторичных изменений. Общий анализ крови от 7 февраля: скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — 48 мм/ч, общий анализ мочи от 7 февраля без патологии. Кровь на HIV от 10 февраля — положительный результат, кровь на HBsAg, антиHCV — отрицательный результат. Комплекс серологических реакций на *Lues* от 21 января — микрореакция 4+ (титр 1/128), ИФА IgG положительный (титр 1/128), ИФА IgM положительный, РПГА 4+ (титр 1/2560), РИФ 4+. Микроскопическое исследование мазка на флору без патологических изменений.
- Выставлен диагноз — ранний скрытый сифилис (*Lues latens praecox*). Рекомендовано обследование и лечение полового партнера, лечение в условиях дневного стационара кожно-венерологического диспансера (цефтриаксон 1,0, в/м, № 20). Реакция Яриша Герксгеймера, со слов пациентки, не отмечалась. В лечение кожного процесса в об-

ласти лица добавлен такролимус, крем, 2 раза в сутки, рекомендовано использование эмолентов для снятия сухости. С учетом положительного результата серологического исследования на ВИЧ выставлен диагноз — ВИЧ-инфекция. Пациентка не явилась на прием к инфекционисту центра СПИД, ретровирусную терапию не получает. Рекомендована консультация врача-инфекциониста для незамедлительного назначения терапии по поводу ВИЧ-инфекции.

- На повторном приеме от 14 февраля 2022 г. отмечается улучшение кожного патологического процесса — разряжение высыпаний, уменьшение отека, снижение интенсивности окраски высыпаний, отсутствие шелушения (рис. 2).
- Половой партнер обследован, комплекс серологических реакций на ВИЧ от 23 мая 2022 г.: отрицательный, комплекс лабораторных исследований на сифилис — отрицательный. Рекомендовано превентивное лечение.



Рис. 2. Улучшение кожного патологического процесса на фоне лечения

Обсуждение. Врожденная иммунная система играет ключевую роль в кожном иммунном ответе на микроорганизмы и повреждения, такие как ультрафиолетовое излучение и физические или химические травмы. Дисфункция иммунной системы может способствовать развитию хронического воспаления и сосудистых нарушений при розацеа [5]. Метаанализ исследований «случай — контроль» обнаружил связь между заражением демодексом и розацеа [6]. Исследования указывают, что по мере угасания иммунной функ-

ции ВИЧ-инфицированного человека возрастает вероятность развития заболеваний, вызванных условно-патогенной микробиотой, в т. ч. демодекоз [7]. Демодекоз у ВИЧ-инфицированных пациентов имеет выраженные клинические проявления предположительно вследствие того, что кожа вместе с собственной иммунной системой выступает и как целевой, и как эффекторный орган. Также дефектный клеточный иммунитет, вызванный ВИЧ-инфекцией, может играть важную роль в патогенезе злокачественного сифилиса. Исследователи описывают случаи, когда при осмотре кожи были обнаружены грибковые поражения в виде бляшек; при гистологическом исследовании выявлен плотный, гранулематозный, неказеозный инфильтрат с плазматическими клетками и гистиоцитами с небольшим количеством спирохет [8].

Заключение. Длительно текущие, резистентные к лечению дерматозы требуют обследования пациента на сифилис и ВИЧ-инфекцию. Присутствие вируса иммунодефицита человека способствует клиническому проявлению демодекоза, который может приводить к упорному течению гранулематозной формы розацеа. В России сохраняется проблема выявления, регистрации, учета распространенности инфекций, передающихся половым путем (ИППП), а также привлечение к обследованию контактных лиц [9; 10]. Своевременно начатая терапия ВИЧ-инфекции приведет к предотвращению распространения инфекции и возникновению осложнений.

Список источников

1. Incidence and prevalence of rosacea: a systematic review and meta-analysis / L. Gether, L. K. Overgaard, A. Egeberg, J. P. Thyssen // *British Journal of Dermatology*. 2018. Vol. 179, Iss. 2. P. 282–289. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjd.16481>.
2. Акне и розацеа. Клинические проявления, диагностика и лечение / Л. С. Круглова, А. Г. Стенько, Н. В. Грязева [и др.] ; под ред. Л. С. Кругловой. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. 208 с.
3. Особенности клинических проявлений сифилиса в челюстно-лицевой области. Часть I / М. А. Уфимцева, И. Ф. Вишневецкая, Ю. М. Бочкарев [и др.] // *Стоматология*. 2018 Т. 97, № 2. С. 65–67. DOI: <https://doi.org/10.17116/stomat201897265-67>.
4. Особенности клинических проявлений сифилиса в челюстно-лицевой области. Часть II // М. А. Уфимцева, И. Ф. Вишневецкая, Ю. М. Бочкарев [и др.] // *Стоматология*. 2018. Т. 97, № 3 С. 62–64. DOI: <https://doi.org/10.17116/stomat201897362>.
5. Yamasaki K., Gallo R. L. The molecular pathology of rosacea // *Journal of Dermatological Science*. 2009. Vol. 55, Iss. 2. P. 77–81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdermsci.2009.04.007>.

6. Retrospective analysis of the association between Demodex infestation and rosacea / C. Olivier, P. Dellavalle Robert, D. Daihung [et al.] // Archives of dermatology. 2010. Vol. 146, Iss. 8. P. 896–902. DOI: <https://doi.org/10.1001/arch-dermatol.2010.196>.

7. Баринова А. Н., Плавинский С. Л., Зайцева Е. Е. Микозы у ВИЧ-инфицированных больных // Проблемы медицинской микологии. 2012. № 14 (2). С. 34–38.

8. Petrozzi J. W., Lockshin N. A., Berger B. J. Malignant syphilis: Severe variant of secondary syphilis // Archives of Dermatology. 1974. Vol. 109, Iss. 3. P. 387–389.

9. Современные мировые тенденции в эпидемиологии гонококковой инфекции / М. А. Уфимцева, Е. С. Ворошилина, А. А. Комаров [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № 3. С. 451–455. DOI: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-3-451-455>.

10. Применение форсайт-технологии для ограничения распространения инфекций, передаваемых половым путем / Н. Л. Струин, Н. Н. Струина, М. А. Уфимцева [и др.] // Уральский медицинский журнал. 2022. Т. 21, № 3. С. 21–29. DOI: <https://doi.org/10.52420/2071-5943-2022-21-3-21-29>.

Сведения об авторах

Диана Ильинична Титова — студент, Уральский государственный медицинский университет (Екатеринбург, Россия). E-mail: titova23@inbox.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2797-895X>.

Наталья Викторовна Савченко — ассистент кафедры дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности, Уральский государственный медицинский университет (Екатеринбург, Россия). E-mail: savchn@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7034-9249>.

Кристина Игоревна Николаева — кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности, Уральский государственный медицинский университет (Екатеринбург, Россия). E-mail: krisnikol@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5879-2018>.

Марина Анатольевна Уфимцева — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности, проректор по научно-исследовательской и клинической работе, Уральский государственный медицинский университет (Екатеринбург, Россия). E-mail: mail-m@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4335-9334>.

Николай Львович Струин — кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности, Уральский государственный медицинский университет (Екатеринбург, Россия); главный врач, Свердловский областной кожно-венерологический диспансер (Екатеринбург, Россия). E-mail: n_l_s@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8527-1453>.

Information about the authors

Diana I. Titova — Student, Ural State Medical University (Ekaterinburg, Russia). E-mail: titova23@inbox.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2797-895X>.

Natalya V. Savchenko — Assistant of Department of Dermatovenerology and Life Safety, Ural State Medical University (Ekaterinburg, Russia). E-mail: savchn@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7034-9249>.

Kristina I. Nikolaeva — Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor of Department of Dermatovenerology and Life Safety, Ural State Medical University (Ekaterinburg, Russia). E-mail: kris-nikol@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5879-2018>.

Marina A. Ufimtseva — Doctor of Sciences (Medicine), Professor, Head of Department of Dermatovenerology and Life Safety, Vice-Rector for Science and Clinical Studies, Ural State Medical University (Ekaterinburg, Russia). E-mail: mail-m@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4335-9334>.

Nikolai L. Struin — Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor of Department of Dermatovenerology and Life Safety, Ural State Medical University (Ekaterinburg, Russia); Chief Medical Officer, Sverdlovsk Regional Skin and Venereological Dispensary (Ekaterinburg, Russia). E-mail: n_l_s@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8527-1453>.