

Коморбидность как междисциплинарная проблема: возможности прогнозирования

Ж. Ю. Наатыж, М. М. Тлиш, Т. Г. Кузнецова

Резюме. В практике врача-дерматолога встречаются разнообразные сочетания заболеваний. Коморбидные нарушения усугубляют течение основной болезни, приводя к хронизации, снижая эффективность диагностики и лечения. Часто сочетанные заболевания могут иметь общие этиопатогенетические механизмы. В настоящее время повсеместно отмечается увеличение числа пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). «Маски» ВИЧ-инфекции — это одна из актуальных проблем современной медицины. Практически каждый ВИЧ-позитивный пациент имеет сопутствующие заболевания. У пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечается высокая частота кожных поражений, склонных к обширному распространению и тяжелому рецидивирующему течению. Это требует правильной, современной диагностики, мультидисциплинарного подхода, что способствует улучшению качества оказания медицинской помощи и позволяет избежать осложнений медикаментозной терапии и диагностических ошибок. Представленное в статье клиническое наблюдение имеет практический интерес в связи с особенностями взаимного влияния коморбидных заболеваний на течение друг друга. Анализ клинического случая указывает на клиническую и прогностическую значимость коморбидности. Особенности клинического течения рецидивирующей формы опоясывающего герпеса свидетельствовали о наличии «иммунокомпетентности» у больной. При дальнейшем рассмотрении развития кожного патологического процесса четко прослеживается вирус-индуцированный генез развития многоформной экссудативной эритемы. Таким образом, было показано, что наличие полиморбидности требует интегрального пациент-ориентированного подхода в определении тактики ведения данного контингента больных, что позволит выбрать первоочередную стратегию лечения и оказать существенное влияние на прогноз заболеваний и жизни.

В практике дерматолога наблюдается рост коморбидности двух и более болезней одновременно [1]. Именно коморбидные нарушения усугубляют течение основной болезни, приводя к хронизации процесса, инвалидизации пациента, снижая эффективность диагностики и лечения [2]. Понимание общности патогенетических аспектов, клиническая настороженность и своевременная диагностика позволяют проводить терапию, направленную на параллельное и последовательное лечение дерматоза в сочетании с сопутствующей патологией [2]. Факторы, влияющие на развитие полиморбидности, разнообразны: генетические, системные метаболические изменения, анатомо-физиологическая взаимозависимость, хронические инфекции, ятрогенные, социальные или экологические изменения [3].

В настоящее время повсеместно отмечается увеличение числа пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) [4]. «Маски» ВИЧ-инфекции — это одна из актуальных проблем современной медицины. Практически каждый ВИЧ-позитивный пациент имеет сопутствующие заболевания [5]. У пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечается высокая частота кожных поражений, склонных к обширному распространению и тяжелому рецидивирующему течению [6]. Это требует правильной, современной диагностики, мультидисциплинарного подхода, что способствует улучшению качества оказания медицинской помощи и позволяет избежать осложнений медикаментозной терапии и диагностических ошибок.

Данное клиническое наблюдение представляет практический интерес в связи с особенностями взаимного влияния коморбидных болезней на течение друг друга.

Больная С., 43 лет, консультирована на кафедре дерматовенерологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России) в феврале 2019 г. Поводом к консультации послужили распространенные высыпания на коже головы, шеи, туловища и конечностей, сопровождающиеся жжением, сухостью, зудом, невралгией, субфебрильной температурой, слабостью, недомоганием.

Согласно предоставленной медицинской документации болеет с ноября 2018 г., когда был установлен диагноз «опоясывающий лишай». Пациентке по месту жительства врачом-дерматологом была проведена терапия: валацикловир 1000 мг 3 раза в день 5 дней, нейромультивит по 1 табл. 3 раза в день, гель Панавир 4 раза в день. Высыпания регрессировали. Повторное обращение к дерматологу было зарегистрировано в декабре 2018 г., когда на фоне мнимого благополучия появились жалобы на впервые возникшие высыпания на коже волосистой части головы, кистей, зуд, сухость, чувство стягивания. Был установлен диагноз «псориаз, впервые выявленный». Назначена терапия: мазь бетаметазон дипропионат/салициловая кислота, цетиризин. В конце января 2019 г. на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) появились пузырьные высыпания на коже лица, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом и жжением в области правой глазницы, лба, светобоязнью,

слезотечением, отеком правой периорбитальной области, повышением температуры тела до 37,6 °С, головной болью, слабостью. По поводу диагноза «рецидивирующий опоясывающий герпес, пузырьная форма» врачом-неврологом проведен курс терапии: валацикловир, Мильгамма, габапентин, Эпиген интим спрей, раствор метиленовый синий. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика: высыпания регрессировали, температура тела нормализовалась, субъективные жалобы уменьшились, однако болевой синдром сохранялся в области кожи лица. Внезапно на 7-й день терапии у пациентки возникли распространенные высыпания на коже туловища, конечностей, интенсивный зуд, повышение температуры тела 37,4 °С.

В связи с распространением кожного патологического процесса, ухудшением общего состояния больная была госпитализирована в ГБУЗ ККВД МЗ КК в феврале 2019 г. и представлена на консультативный осмотр на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Из анамнеза жизни известно:

- Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, хронический бронхит, гипертоническая болезнь, сифилис скрытый поздний (2011 г.), рак шейки матки (химиотерапия, лучевая терапия, 2006 г.), аппендицит (1997 г.).
- Наследственный анамнез: не отягощен.
- Аллергологический анамнез: антибактериальные препараты группы пенициллина.
- Вредные привычки: отрицает.
- Гинекологический анамнез: мenses с 13 лет, по 5 дней, через 23 дня. Половая жизнь с 16 лет, вне брака. Беременностей – 1, родов – 0, аборт – 1. Не замужем. Постоянного полового партнера нет.

Объективный статус. Общее состояние тяжелое по основному заболеванию. Рост 170 см, масса – 100 кг. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы, тоны ясные, ритмичные. АД – 135/100 мм рт. ст., пульс 77 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Специальный статус. Кожный патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. Располагается на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен пятнами, папулами, чешуйками.

На коже волосистой части головы (по линии роста волос с переходом на кожу лба, шеи), ушных раковин визуализируются эритематозно-сквамозные очаги с незначительной инфильтрацией.

На коже туловища (груди, живота, спины), верхних и нижних конечностей располагаются множественные пятна красновато-синюшного цвета, с четкими границами, размером около 3 см в диаметре, правильной округлой формы, с четкими границами, состоящие из двух отчетливых зон изменения цвета: с более интенсивной темной окраской в центре – симптом «мишени» (рис. 1). В окружности рассеянно визуализируются островоспалительного характера милиарные и лентикулярные папулы, эритематозные очаги.



Кожа ладонной поверхности кистей с переходом на боковую поверхность ярко-красного цвета, с наличием выраженной линии инфильтрации и участками отслаивающегося рогового слоя эпидермиса (рис. 2).

Кожа подошвенной поверхности стоп с переходом на боковую поверхность с наличием выраженного гиперкератоза, по периферии которого четко определяется выраженная инфильтрация границ насыщенно красно-синюшного цвета.

На коже пальцев стоп визуализируются отечные пятна красно-синюшного цвета, с наличием в центре корок, обрывков подрытого рогового слоя эпидермиса. На коже тыльной поверхности стоп располагаются множественные милиарные папулы правильной округлой формы, с центральным характером шелушения. Определяется псориазная триада (рис. 3).

При осмотре слизистой оболочки полости рта язык по всей поверхности покрыт плотным налетом белесовато-желтого цвета, возвышающимся над поверхностью.



Рис. 3. Клинические проявления распространенного псориаза на коже подошвенной поверхности стоп с переходом на боковую поверхность

Результаты обследования

Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 147 г/л; лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$; моноциты – 3,0%; лимфоциты – 22%; тромбоциты – $247 \times 10^9/л$; цветной показатель – 33,10%; гранулоциты – 75,0%; гематокрит – 39,7%; средний объем эритроцитов: 89,0 фл; тромбоцитрит: 0,160%; анизоцитоз эритроцитов: 12,0 млн/мкл; анизоцитоз тромбоцитов: 18,0 млн/мкл.

Биохимический анализ крови: общий белок – 79 г/л; альбумин – 42 г/л; глюкоза – 6,5 ммоль/л; лактатдегидрогеназа – 427 Ед/л; щелочная фосфатаза – 145 Ед/л; альфа-амилаза – 35 Ед/л; глюкоза – 6,5 ммоль/л; холестерин общий – 6,2 ммоль/л; гамма-глутамилтрансфераза – 27 Ед/л.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – мутная, билирубин – 0,2 мг/дЛ; pH – кислая, лейкоциты – 25-30-35 в поле зрения; плотность – 1010, соли – оксалаты ++, эпителий переходный 1-2 в поле зрения, эпителий плоский – 9-10 в поле зрения, эритроциты измененные – 0-1-2 в поле зрения, эритроциты неизмененные – 1-2-3 в поле зрения.

Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на ВИЧ-антиген (АГ)/антитела (АТ) ВИЧ – обнаружены.

Кровь на сифилис: реакция микропреципитации (РМП) – (2+) слабоположительная; ИФА – положительный.

ИФА крови на вирусные гепатиты В и С. Гепатит В: HBsAg – отрицательный; anti-HBcore IgM – отрицательный; anti-HBcore IgG – отрицательный; HBeAg – отрицательный; anti-HBeAg – отрицательный; anti-HBsAg IgG – отрицательный. Гепатит С: anti-HCV-total – подтвержденный положительный; anti-HCVcore IgG – подтвержденный положительный; NS3 – положительный; NS4 – положительный; NS5 – отрицательный.

Полимеразная цепная реакция (ПЦР): РНК ВИЧ – 913 870 копий/мл.

Серологические маркеры инфекций: вирус простого герпеса I, II тип: IgM – отрицательный, IgG – положительный; вирус герпеса 3-го типа (Varicella-Zoster) IgM – положительный, IgG – положительный; цитомегаловирус: IgM – отрицательный, IgG – отрицательный.

Соскоб с языка на *Candida albicans* – обнаружены дрожжевые грибы.

Ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной зоны: признаки спленомегалии, кальцинатов в структуре селезенки, диффузных изменений печени, поджелудочной железы.

Иммунограмма: T Lymphs % of Lymphs (CD3+/CD45+) – 76%, T Lymphs (CD3+) Abs Cnt – 1048, T Suppressor % of Lymphs (CD3+ CD8+/CD45+) – 54Hi, T Suppressor Lymphs (CD3+ CD8+) Abs Cnt – 737, T Helper % of Lymphs (CD3+CD4+/CD45+) – 21 Lo, T Helper Lymphs (CD3+ CD4) Abs Cnt – 289 Lo, CD3+CD4+CD8+ % of Lymphs (CD3+ CD4+ CD8+/CD45+) – 1, CD3+ CD4+ CD8+ Abs Cnt – 9, Lymphocyte (CD45+) Abs Cnt – 1376. Индекс – $0,390 \times 10/9$.

Флюорография органов грудной клетки – без видимой патологии.

Консультация невропатолога: постгерпетическая невралгия лицевого нерва.

Консультация инфекциониста Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД» Министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ КЦПБ со СПИД МЗ КК): «ВИЧ-инфекция 3. Субклиническая стадия. Хронический вирусный гепатит С, минимальной степени активности».

На основании жалоб, анамнеза болезни, клинической картины, данных лабораторных и дополнительных методов

исследования установлен окончательный клинический диагноз: «Многоформная экссудативная эритема, инфекционно-аллергическая форма (герпесассоциированная многоформная экссудативная эритема). Псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, впервые выявленный. Орофарингеальный кандидоз. Постгерпетическая невралгия лицевого нерва. ВИЧ-инфекция 3. Субклиническая стадия. Хронический вирусный гепатит С, минимальной степени активности».

Обсуждение

Анализ клинического случая указывает на клиническую и прогностическую значимость коморбидности.

Дебют высыпаний у пациентки характеризовался проявлениями герпетической инфекции, отличительной особенностью которой являлись:

- хроническое рецидивирующее течение с коротким периодом ремиссии;
- манифестация пузырных высыпаний на коже лица;
- появление выраженной постгерпетической невралгии и симптомов интоксикации при повторном обострении.

Наличие перечисленных особенностей клинического течения рецидивирующей формы опоясывающего герпеса уже на этом этапе свидетельствует о возможном наличии «иммунокомпетентности» у больной.

При дальнейшем рассмотрении развития кожного патологического процесса четко прослеживается вирус-индуцированный генез развития многоформной экссудативной эритемы:

- острое начало;
- возникновение высыпаний через 7 дней после вспышки герпетических высыпаний;
- преимущественная локализация высыпаний в области дистальных отделов конечностей;
- наличие постгерпетической невралгии;
- положительные серологические маркеры герпетической инфекции.

Нельзя не указать и на наличие внезапно возникшего псориаза, который, несмотря на ограниченность высыпаний на коже волосистой части головы, ладоней и подошв, относится к тяжелым проявлениям дерматоза.

Совокупность «кожных» маркеров в виде герпетической, кандидозной инфекции, впервые возникшего псориаза является настораживающей в плане ВИЧ-инфекции.

После проведенного целенаправленного лабораторного и инструментального диагностического поиска было подтверждено наличие герпетической и кандидозной инфекций, а также установлены впервые хронический вирусный гепатит С и ВИЧ-инфекция.

Выводы

Таким образом, наличие полиморбидности требует интегрального пациент-ориентированного подхода в определении тактики ведения данного контингента больных, что позволит избежать диагностических ошибок, выбрать первоочередную стратегию лечения и оказать существенное влияние на прогноз заболеваний и жизни.

Литература/References

1. Тлиш М. М., Кузнецова Т. Г., Наатыж Ж. Ю. Полиморбидность в дерматологии: поздняя диагностика и последствия // Лечащий Врач. 2019; № 7: 76-79. [Tlish M. M., Kuznetsova T. G., Naatyzh Zh. Yu. Polimorbidnost' v dermatologii: pozdnaya diagnostika i posledstviya [Polymorbidity in dermatology: late diagnosis and consequences] Lechaschi Vrach Journal. 2019; № 7: pp 76-79.]
2. Абрагамович О. О., Фаюра О. П., Абрагамович У. О. Коморбидность: современный взгляд на проблему; классификация (сообщение первое) // Львовский клинический вестник. 2015; № 4 (12): 56-64. [Abragamovich O. O., Fayura O. P., Abragamovich U. O. Komorbidnost': sovremennyy vzglyad na problemu; klassifikatsiya (soobshcheniye pervoye) [Comorbidity: a modern view of the problem; classification (first message)] L'vovskiy klinicheskiy vestnik. 2015; № 4 (12): pp 56-64.]
3. Тлиш М. М., Поповская Е. Б., Кузнецова Т. Г., Сычева Л. Н., Наатыж Ж. Ю. Клинические проявления полиморбидности у больных витилиго // Лечащий Врач. 2018; № 4: 70-74. [Tlish M. M., Popovskaya Ye. B., Kuznetsova T. G., Sycheva L. N., Naatyzh Zh. Yu. Klinicheskiye proyavleniya polimorbidnosti u bol'nykh vitiligo [Clinical manifestations of polymorbidity in patients with vitiligo] Lechaschi Vrach Journal. 2018; № 4: pp 70-74.]
4. Юцковский А. Д., Бондарь Г. Н., Корниенко А. Н. Кожные поражения у ВИЧ-инфицированного ребенка: эффективность антиретровирусной терапии // Клиническая дерматология и венерология. 2009; 3: 32-34. [Yutskovskiy A. D., Bondar' G. N., Korniyenko A. N. Kozhnyye porazheniya u VICH-infitsirovannogo rebenka: effektivnost' antiretrovirusnoy terapii [Skin lesions in an HIV-infected child: the effectiveness of antiretroviral therapy] Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2009; 3: pp 32-34.]
5. Тлиш М. М., Кузнецова Т. Г., Наатыж Ж. Ю. Особенности клинического течения псориаза у больных хроническими вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией // Саратовский научно-медицинский журнал. 2018; 14

- (4): 765-769. [Tlish M. M., Kuznetsova T. G., Naatyzh Zh. Yu. Osobennosti klinicheskogo techeniya psoriaza u bol'nykh khronicheskimi virusnymi gepatitami i VICH-infektsiyey [Features of the clinical course of psoriasis in patients with chronic viral hepatitis and HIV infection.] Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. 2018; 14 (4): pp 765-769.]
6. 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., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Мед, 2003. 488 с. [Pokrovskiy V. V., Yermak T. N., Belyayeva V. V., Yurin O. G. VICH-infektsiya: klinika, diagnostika i lecheniye [HIV infection: clinical, diagnosis and treatment] Pod obshch. red. V. V. Pokrovskogo. 2-ye izd., ispr. i dop. M.: GEOTAR-Med, 2003. p 488]
-

М. М. Тлиш, доктор медицинских наук, профессор

Ж. Ю. Наатыж¹, кандидат медицинских наук

Т. Г. Кузнецова, кандидат медицинских наук

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

¹ Контактная информация: nzhannau@mail.ru

DOI: 10.26295/OS.2020.52.84.012

Коморбидность как междисциплинарная проблема: возможности прогнозирования/ М. М. Тлиш, Ж. Ю. Наатыж, Т. Г. Кузнецова

Для цитирования: Лечащий врач № 10/2020; Номера страниц в выпуске: 55-58

Теги: поражения кожи, иммунодефицит, диагностика, полиморбидность
